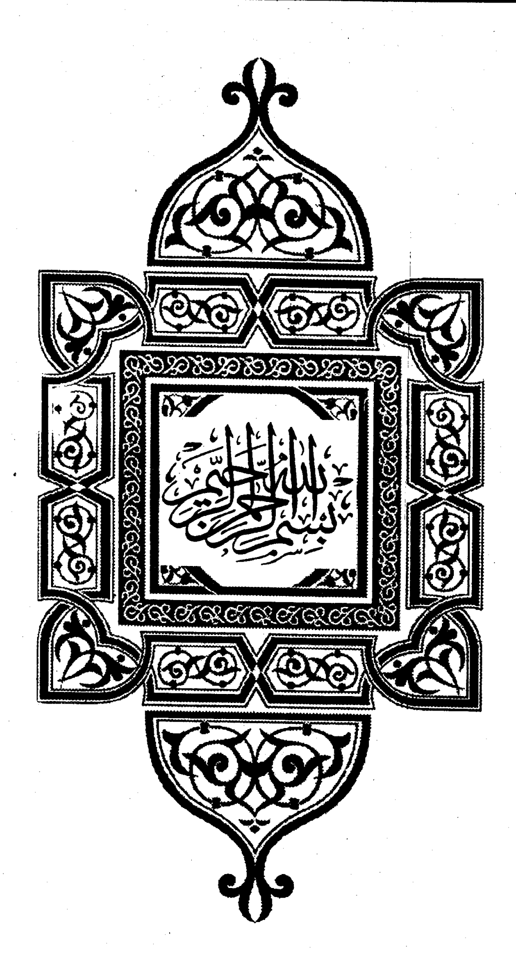
دراسات في:

# الإدمـــان

إعداد

أ.د/ خالد ابراهيم الفخرانى

2005


بسم الله الرحمن الرحيم

رقم الإيداع بدار الكتب المصرية
١٠٩٩٢ / ٢٠٠٠
الترقيم الدولي
I.S.B.N
977/ 326 / 046 /1

# الفصل الأول

# الفصل الأول

## وجهة نظر تاريخية ونظرية

# الفصل الأول

## وجهة نظر تاريخية ونظرية

لا تنشأ وتتطور أي مشكلة سواء أكانت اجتماعية، أم طبيـــة، أم أي نوع آخر من المشكلات من فراغ، واســـتخدام المـــواد النفســـية أو ســـوء استخدامها من قبل المراهقين [*] ليس استثناء من هذه القاعدة.

وعبر تاريخ الجنس البشري، وبالتأكيد علي تاريخ الولايات المتحـــدة، اعتاد الشباب علي استخدام الكحوليات والمواد النفسية الأخـــرى، وهـــذا أدي في بعض الأحيان إلي ظهور عدد من المشاكل المرتبطة بهذا الاســـتخدام، ومثله مثل أي سلوك آخر حاول كثير من الأفراد البحث عن تفسير لحـــدوث سلوك استخدام وسوء استخدام المواد من قبل المراهقين والراشدين.

ولقد أثر وشكل التاريخ الاجتماعي والسياسي للولايـــات المتحـــدة الأمريكية ليس فقط استخدام الكحول والعقاقير الأخرى من قبـــل الأطفـــال

---

لتبسيط المناقشة، تم اختيار مفهوم سوء استخدام المواد " كمفهوم حديث يشير إلي الاســـتخدام المرضـــي للعقاقـــير و/ أو الكحوليات (ويتضمن ذلك تعريف دي إس إم لسوء استخدام المواد والإدمان ) ما لم يذكر مفاهيم أخرى كالاعتماد علي المواد النفسية بشكل محدد كجزء من النظام التصنيفي الرسمي المحدد، أو سوء استخدام أو الاعتماد علي مادة معينة ، علـــي سبيل المثال، إدمان الكحول أو الاعتماد علي الكوكايين

الصغار ولكنه أثر أيضا في التفسيرات الاجتماعية، وفي طبيعة ردود أفعال المجتمع تجاه هذا السلوك .

وسوف يتم مراجعة تاريخ استخدام وسوء استخدام المواد من قبل المراهقين في الولايات المتحدة وأيضا تطور النظريات التي حاولت تفسير مثل هذا السلوك بالنسبة للشباب خلال هذا الفصل الافتتاحي من الكتاب.

## المفهوم البارز للمراهقة

إن مفهوم المراهقة كمرحلة نمائية متميزة من الحياة قد تم التركيز عليه في الآونة الأخيرة فقط، إلا أننا نجد هذا المصطلح منذ عصور قديمة، في أعمال الشعراء، والفلاسفة، والمؤرخون الذين أشاروا بصورة مبهمة لفترة من "الشباب" تتبع مرحلة الطفولة وتسبق مرحلة الرشد الكاملة ، وما نطلق عليه الآن المراهقة هي الفترة المبكرة من مرحلة الرشد " عندما تعلم الفرد دور حياة الرشد، بينما كان يقوم بأكثر إن لم يكن جميع مسؤوليات وامتيازات مرحلة الرشد.

وفي الجزء الأكبر من التاريخ، استطاع الناس أن يقدروا التغيرات الجسمية الكبيرة فقط التي تحدث خلال فترة البلوغ لتحديد المسؤوليات والامتيازات في المجتمعات أو في الثقافات النوعية، فبينما نتوقع القليل من هذه المسؤوليات بين الأطفال في سن قبل السادسة أو السابعة من العمر، إلا أن الفترة الممتدة بين السابعة وحتي البلوغ تتميز بزيادة التوقعات في شكل مفاهيم مرتبطة بالعمل والمساعدة في المنزل، وأخيراً بعد البلوغ ، اكتساب

الحجم الجسمي للبالغ، يكون المراهق قد حصل علـــى كـــل مـــن مميـــزات ومسؤوليات مرحلة الرشد.

واستخدام الكحوليات والمواد الأخرى ـــ سواء كـــانت محظـــورة أو تستخدم كجزء من الأغراض الاجتماعية أو الدينية ـــ يكون نادر الحـــدوث بين الأطفال في مرحلة ما قبل البلوغ في أي ثقافة من الثقافات المنتشـــرة أو في أي من الفترات التاريخية، وعند البلوغ، تضمن كثير من الثقافات اســـتخدام الكحوليات أو تناول بعض المواد المخدرة الأخرى كجزء من طقوس البلـــوغ (لوري، Lourie, 1943) وبعد إقامة هذه الطقوس أو المرور إلي البلوغ يـعد الشاب واحد من أفراد المجتمع البالغين، ويتمتع بحقوقهم، بما في ذلك الحـــق في استخدام الكحول أو المواد الأخرى إذا كان هذا الاستخدام مقبولا من قبـــل هذا المجتمع.

## أدوار المراهق في التاريخ الأمريكي المبكر

بعد البلوغ، يتوقع الشاب باندماجه في المجتمع ، وبالتالي قيامه ســـواء كان ذكرا أم أنثي بأعمال البالغين وأن يصبح منتجـــاً ـــ حيـــث اشـــتملت إحصاءات المعسكرات الأمريكية عادة علي عينة من الأفراد في سن ١٦ ســـنة أو أكثر ـــ (كيث Kett,1977) وبعد البلوغ ـــ الذي لايحدث بصـورة فجائية ولكنه يحدث خلال فترة طويلة من الوقت ـــ يتوقع الشـــاب إمـــا أن يبقى مع العائلة ويساعد البالغين عن طريق مشـــاركتهم في بعـــض أعمـــالهم كشرط أساسي لذلك أو أن يغادر منزل العائلة ويكون مسئولا عن نفســـه

ويكفل لنفسه وسائل معيشته عن طريق العمـــل في المصـــانع أو الاشـــتغال بالتجارة أو كخادم لدي العائلات الكبيرة، وفي حالات نـــادرة كطـــالب في التعليم العالي، وتعد فترة الشباب من أفضل الفترات الانتقالية إلي حـــد مـــا ،حيث أنها تتميز بمستوى مقبول من الاعتماد غير الكامل علي الوالديـــن أو رب الأسرة، أو المدرسة، وعندما يصل الفرد سن العشرين من عمره يتوقـــع أن يستقل تماما عن العائلة وأن يقوم ببعض الأعمال كمـــزارع، أو كتـــاجر، أو حرفي، أو كخادم، وبالنسبة للإناث فإن معظمهن يتزوجن في هـــذا الســـن، وتتميز الفترة التي تلي البلوغ إلي حد ما بتطور علاقات الشاب الاجتماعيـــة والدخول في الممارسات الجنسية مع الإنـــاث الصغـــيرات بهـــدف الالتقـــاء والتزاوج أو للتسلية والمؤانسة، وبعد الزواج والحصول على وضع مهني أكـــثر استقلالاً، يكون الشخص الصغير قد مر بشكل سريع واندمـــج في الوجـــود المدني والسياسي وفي المؤسسات الدينية، ويعتبر الـــزواج في ســـن ١٢ســـنة للإناث و١٤ سنة للذكور مثال مبدئـــي علـــي دخـــول الشـــاب مبكـــراً إلي عالم البالغين (كيت Kett,1977 ). ولقد كان تعاطي الكحول خـــلال المستعمرات الأمريكية جزء من أنشطة الحياة اليومية لكل المستعمرين تقريبـــاً، كما كان يعد أمراً طبيعياً داخل المجتمع، ويعد من العادات الشخصية ( لنـــدر ومارتن Lender & Martin, 1987) ولهذا انتشر تناول الكحـــول بـــين المستعمرين وأثناء القيام بواجباتهم وبأعمالهم، و بمقاييس اليوم يمكن تصنيـــف معظم المستعمرين من معتدلين إلى شديدي التعاطي، كما كان الفرد " ...

سن أكبر من ١٠٥ سنه يتعاطى كمية من الكحول النقي، تقدر بحوالي ست جالونات سنوياً (لندر ومارتن Lender & Martin, 1987).

وعلي الرغم من ندرة أو عدم الحديث عن عادة تعاطي الشباب للكحوليات في السجلات المكتوبة خلال فترة المستعمرات وفيما بعد الثورة الأمريكية، إلا أنه من المنطقي الإفتراض بأن الشباب الذين كانوا يعاملون كراشدين قد شربوا أيضاً كميات مشابه لتلك التي تعاطها الكبار، و لم يتضح أن التعاطي في حد ذاته ذو أهمية خلال هذه الفترة، علي الرغم من إدانة ومعاقبة الأفراد عندما يصلوا إلي حالة السكر، حيث اشتمل قانون المستعمرات علي قبول وعدم إدانة الأنماط المقبولة من الاستهلاك مع فرض بعض القيود المحدودة على تقديم الحانات للمشروبات الكحولية، ولقد قامت الثورة الأمريكية بتعطيل القوانين السابقة عليها وعدم الولاء للماضي، وأدي ذلك إلي توفير كميات كبيرة من المشروبات الروحية والويسكي المصنع محليا بثمن رخيص، وانتشر سلوك تعاطي الكحوليات بشكل مثير مع بداية القرن التاسع عشر، وصاحب هذا الانتشار زيادة في التأثيرات السلبية لاستهلاك الكحوليات، مثل زيادة حالات السكر وما يصاحبها من نتائج وخيمة علي الفرد والمجتمع .

وبالتوجه نحو منتصف القرن التاسع عشر، ظهرت مجموعة من التطورات التاريخية، اشتملت علي الثورة الصناعية والتمدين المتزايد، وهذا أدى إلي تغير توقعات المجتمع من الشباب، وبتوسع الثورة الصناعية وامتدادها

ظهرت مجالات متنوعة في مجموعة من المهن والحرف التي تحتاج إلي مستوى عال من التدريب والتعليم والتحضير للقيام بها. ومع تطور وازدهار التعليم العام، امتدت فترات بقاء الشباب في المنازل لفترات أطول وتقلصت نسب مساهمتهم في النواحي الاقتصادية لأسرهم، وأصبحت الأسر هي الضحية الأولي لهذا التوسع الصناعي ليس فقط كنتيجة للتكلفة الحقيقية التي كانت تدفع لكي يحصل الشاب علي التعليم والتدريب الملائم، ولكن أيضا كنتيجة للخسارة المادية التي كانت تحصل عليها من عمل الشاب بالإضافة إلي تقليص النفقات العائلية لمواجهة متطلبات هذا التعليم والتدريب، وعلي الرغم من ذلك استجابت معظم الأسر لهزة التعليم ووضعوا تأكيداً أكبر على تحصيله.

وخلال منتصف القرن التاسع عشر بدأ المجتمع الأمريكي يهتم بالبناء الشخصي للشاب أو المراهق، ورأي دعاة التربية والأخلاق ضرورة حمايتهم من رذائل سن الرشد والضغوط المتزايدة، والمدركة لمتاعب الحياة الحديثة التي ظهرت خلال هذا القرن كجزء من عملية البناء الشخصي. وبمرور الوقت أصبحت بيئة الشباب أكثر تنظيماً، فاستنكر المجتمع بعض الخبرات الاجتماعية الضيقة مثل استخدام الكحول.

علي الرغم من أن الكليات قد حاولت منع شرب الكحوليات والقيام ببعض الأنشطة، مثل المقامرة — التي يعتقد بأنها تودي إلي الشرب — إلا إن سلطة هذه الكليات كانت محدوده. وخلال القرن التاسع عشر، كان يتم قبول الشباب في الكليات بإقامة داخلية كاملة، ولقد أدي ذلك إلي انتشار

سلوك المقامرة، والقتال، وأعمال الشغب، وبصفة خاصة تناول الكحوليات كظاهرة عامة بين الطلاب، ومع نهاية هذا القرن، تزايد الطلب على التحصيل والاستقامة في مظهر البناء الشخصي وهذا أدي إلي زيادة الانضباط ومزيد من القيود وحياة جامعية أكثر تعقيداً، كما تم تحديد المسؤوليات القانونية للشباب.

وفي بداية القرن التاسع عشر، كانت هناك بعض المسؤوليات القانونية الكاملة التي تقع علي الشاب في سن ١٤سنة ، وخلال منتصف هذا القرن، تم فتح مقار حجز منفصلة للشباب ومع بداية القرن العشرون، ظهرت مجموعة من القرارات و الأحكام في عدة ولايات وصاغت حالة الأطفال بما فيهم معظم المراهقين في صورة حقوق ومسئوليات قانونية.

**ازدهار القيم الفيكتورية وتحريم استخدام الكحوليات من قبل الشباب**

خلال النصف الأخير من القرن التاسع عشر، زاد الاهتمام بتنمية الخصائص الأخلاقية والدينية للأطفال وانعكس ذلك علي فحص الإدارة الوالدية والإشراف على الشاب، كما ظهرت جماعات لحماية الأطفال من القسوة ، وبمرور الوقت ظهرت جمعيات حماية الطفل، وكان هدف هذه الجمعيات عند تأسيسها هو حصر احتياجات أطفال المناطق الحضرية المهملين وبصفة خاصة الذين يعيشون في حضانة والدين مدمنين — حيث يعد الوالدين بشكل عام نماذج لسلوك التعاطي بالنسبة لأطفالهم وفي معظم الأحيان يقومون بإرسالهم وبشكل منتظم إلى حانات الشرب لملئ الأواني

وشراء البيرة ـــ وعلي الرغم من التحريم القانوني لقيام الأطفال تحت سن سـنة ١٦، من القيام بالعمل إلا أنه لم يذكر شيئاً عن تعاطي الكحوليات وبصفـة خاصة عن " البيرة " التي يتعاطها الوالدين".

واستجابة للمشاكلات التي تولدت عن تعاطي الكحـول، ونتيجـة لتهديد الكحول لشباب الأمة المعتدلين، ولتوضيح الدائرة الشريرة التي تنتـج عن تعاطي وتجعل الوالدين غير مبالين ومهملين لأطفالهم، وما ينتج عن ذلـك من نشأتهم بدون انضباط وإرثهم أو تعلمهم لشهوة تعاطي الكحول وميلـهم نحو الانحراف الاجتماعي في نواحي عديدة، اكتسبت حركة ضبط النفـس في تعاطيه الخمر دعما تعاطفياً كبيراً (رو ثمان Rothman 1971). حيث طـور الاتحاد النسائي المسيحي لمنع الكحول (WCTU) في عام ١٨٧٤، "منـهجاً مفصلاً للمنع علي أساس علمي " وأصبح تعليم هذا المنهج إلزاميا في المـدارس. هذه الجهود المتقدمة كانت بمثابة برامج وقائية تعتمد علي شرح النتائج الطبيـة والاجتماعية لتعاطي الكحوليات والتي أدت إلي تغيـير المفـاهيم الدعائيـة الأخلاقية المتشددة التي كانت تدرس لتلاميذ ذلك الوقت. وفي نهايـة القـرن التاسع عشر انتشر استخدام الكحول بشكل واسع بين الشباب، إلا أن مجـيء القيم والأعراف الفيكتورية، والتأكيد علي تحريمها، أدي إلى سقوط الثوابـت التي تم ترسيخها من قبل عن استخدام الكحوليات بشكل عـام وأيضـاً إلي توضيح المشكلات الناتجة عنها بالنسبة للمراهقين والبالغين منذ نهايـة القـرن التاسع عشر وحتى الأربعينات والخمسينات من هذا القرن.

ومع بداية حركة المنع وصدور قانون فولستيد Volstead Act في عام ١٩٢٠ أصبح الكحول أقل توفر كما ارتفع سعره ،ووجد معظم الشباب صعوبة في الحصول عليه، وهذا أدي إلى انخفاض نسبة استخدامه وبالتالي انخفضت المشكلات المرتبطة به بدرجة كبيرة داخل المجتمع الأمريكي، كما تقلصت امكانية استخدام المراهقين له بدرجة كبيرة لعدم توافره بشكل حاد، وحتي بعد توقف المنع، استمر الانخفاض في معدل استخدامه خلال الحرب العالمية الثانية كنتيجة للشعور العام بالحزن، ولقد أبقت عدد من الولايات علي قوانين منع التعاطي " جاف dry" لكل المواطنين، في حين قامت عدد من الولايات الأخرى بوضع قوانين جديدة تقتصر فقط على منع شراء وتعاطي القاصرين في سن تحت ١٢ سنة للكحوليات، ونتيجة لشن الحملات من قبل السلطات المحلية والوالدين والموظفين العموميين، أخذ تعاطي المراهقين للكحول مقعدا خلفيا مع صعود تناولهم لمواد نفسية أخرى.

## المخدرات والعقاقير الأخرى المستخدمة من قبل الشباب في القرن العشرون

### مشتقات الأفيون Opiates

قبل نهاية القرن التاسع عشر، ظهرت منتجات طبية اشتملت على مشتقات الأفيون وأصبحت شعبية وفي متناول الجميع ،كما تم استخدامها بشكل عام من قبل مختلف طوائف المجتمع بما فيهم الأطفال، وبعد الكشف عن مخاطرها وطبيعتها الإدمانيه، وأصبح ذلك معروفاً لدى الرأي العام، تم

وضع مجموعة من القوانين، مثل قانون الأغذية والأدوية النقية وقانون العقـــار الصادر في عام ١٩٠٦ الذي يلزم المنتجون بأن يصرحوا ويبينوا للمســـتهلك عما إذا كان المنتج يحتوي مواد منومة أم لا، وكلما تبين الطبيعـــة الإدمانيـــة الحقيقية أو المدركة لمادة معينة يتغير تقبل الرأي العام لها، وأصبـــح اســـتخدام الكوكايين والقنب (الحشيش )، بدرجة مكافئة لاستخدام مشتقات الأفيـــون ( التي عادة ما تكون في شكل المورفين ثم بعد ذلك في شـــكل الهـــيروين )، ثم أصبح استخدام هذه المواد من السلوكيات المنحرفة المرتبطة بالمناطق المقفولـــة ghettos التي تسكنها الطبقة الدنيا من المجتمع .

وبعد معرفة أخطار المواد سواء كانت الكحوليات أو العقاقير الأخـــرى وظهر عدد كبير من أفراد المجتمع يقومون باستخدام وتوزيـــع هـــذه المـــواد، وعندما فقدت مشتقات الأفيون والكوكايين أهميتها في المسار العام للمجتمـــع، فإن الحاجة لتنظيم استخدامها أصبحت واضحة لدعـــاة الإصـــلاح خـــلال البدايات الأولى للقرن العشرون، وعلى أية حال ظهرت التفسيرات القضائيـــة لقانون هاريسون الذي صدر في عام ١٩١٤ والتي سمحت للطبيب فقط بـــأن يقوم بوصف المواد المخدرة دون غيره.

وفي الحقيقة تم تنظيم عدد من العيادات الإعاشـــة علـــي المخـــدرات ،ووضع هذه المواد تحت إشراف دقيق وصيانة كبيرة خلال العقد الثاني مـــن القرن العشرين، وهي أشبه ما تكون بعيـــادات الإعاشـــة علـــى الميثـــادون methadone القائمة اليوم، وهذه العيادات كانت تقوم بـــإمداد المدمنـــين

بالمخدرات، وفي مدينة نيويورك، كانت عيادة الإعاشة على المخـــدرات ـــ تم تشغيلها من قبل قسم الصحة ـــ قد ســـــجلت مـــا يقـــرب مـــن ٧,٥٠٠ يستخدمون المخدرات (١٠ ٪ منهم كانوا تحت ســـن ١٩ســـنة) ، (هـــو بارد،Hubbard,1920)، وفيما بعد، وجه (هـــاري أنســـلنجير Harry Anslinger ، المفوض من قبل المكتب الاتحادي للمخدرات في الفترة مـــن عام ١٩٣٠وحتى عام ١٩٦٢ اللوم إلي هذه العيادات نتيجـــة زيـــادة عـــدد المراهقين المدمنين علي العقاقير وأصر على التحريم والحبس كـــأفضل وســـيلة للعلاج (كورترايت جوزيف ودي جارليس، Courtwright Joseph & De Jarlais,1989). وخلال العشرينات والثلاثينيات من هـــذا القـــرن تم إغلاق كل هذه العيادات تقريباً ، وبعد مجيء جاني أدامس وهال هاوس Jane Addams and Hull House إلي مدينة شيكاغو واحتكاكهم بـــالأولاد المدمنين القاطنين بها ، قاموا بالنضال من أجل تشـــريع قوانـــين ضـــد بيـــع الكوكايين، والمنتجات التي تحتوي عليه.

وفي أعقاب الحرب العالمية الأولى، زادت نسبة انتشار إدمان العقاقـــير بين الأحداث، حيث وصل عددهم إلي ما يقرب المليون مدمن في الولايـــات المتحدة.

ومع بداية العشرينات من هذا كان هناك ما يقرب مـــن ٢٨ ٪ مـــن المرضى الذين يعالجون من الإدمان في عيادات مدينة نيويورك لعلاج الإدمـــان.

من الشباب في سن من ١٥ إلي ١٩ سنة ، وعلي الرغم من أن نسب الإدمان قد تقلصت بين السكان بشكل عام خلال الثلاثينات إلا أن التقارير قد أشارت إلي الزيادة المستمرة في عدد الشباب الذين يعالجون من خصائص الإدمان .

**وفي الفترة من عام ١٩٣٧- ١٩٣٦وجد ما يوازي ١٦,٥ ٪ من الشباب المدمنين في سن ١٩ سنة أو أقل يعالجون في أقسام علاج الإدمان في** مستشفى الولايات المتحدة في ليكسينجتون (إدارة الصحة العامة الأمريكية U.S. Public Health Service, 1938)

**القنب الهندي (الماريجوانا) Marijuana**

في نهاية العشرينات ومرحلة الثلاثينات من هذا القرن،ركز الموظفين الاتحاديين والمحليين والجماعات الدينية المنظمة الانتباه علي الماريجوانا كعقار مهدد آخر، حيث كان استخدامها مقصوراً علي الجماعات الأمريكية من أصل مكسيكي في جنوب غرب الولايات خلال العشرينات من هذا القرن ،ثم انتشر استخدامها بين الجماعات المتخلفة اجتماعيا واقتصاديا من الأمريكيين الأفارقة (الزنوج ) والبيض علي حد سواء، وخلال عام ١٩٢٦، بدأ استخدامها من قبل شباب نيو أورليتز ويبدو أنه يحفز استجابة الاستثارة sensationalistic response التي تميز الاستجابات الحدثية لكل مخدر يظهر فيما بعد (بونيه ووايتبريد، Bonnie & Whitebread, 1974)،

وخلال عام ١٩١٥ وحتى عام ١٩٣٣ قامت معظم الولايات بإصدار قوانين تحرم توزيع الماريجوانا لأهداف غير طبية ،كما قامت عدد من الصحف بحملات مكثفة ونشيطة لتركيز الانتباه حول مخاطر استخدامها، وأيضاً الحاجة إلي تشريعات مضادة لها ومضادة للعقار، وفي عام ١٩٢٩ كشفت جريدة شيكاغو تريبون Chicago Tribune عن مدي سهولة الحصول علي الماريجوانا وصرحت، بأن هذا العقار قد أصبح واسع الانتشار بين الأمريكان في سن الشباب، وحتى بين أطفال المدارس " ( شيكاغو تريبون Chicago Tribune. 1929) ، كما أشارت الصحف، والمجلات، وتقارير الكونغرس الرسمية إلي التهديد الذي يواجهه الشباب بسبب استخدام الماريجوانا وإلى الدور الذي يحدثه في ارتكاب الجرائم العنيفة، كما انتشرت الحكايات التي تصف استخدامها بشكل كبير بين المراهقين خلال حفلات واجتماعات الماريجوانا، وارتكابهم لكل أنواع الأفعال المشينة وهم تحت تأثيرها ، ولقد أشيعت هذه القضية من قبل هاري أنسلنجير Harry Anslinger والمكتب الاتحادي للمخدرات في صورة خطب ومقالات تنشر في الصحف والمجلات ومن بين هذه المقالات "القنب الهندي: قاتل الشباب "ولقد نشرت هذه المقالات في مجلة أمريكية من أشهر المجلات الشعبية وأوسعها انتشارا وهي المجلة الأمريكية.

وخلال عام ١٩٣٧، وعلي الرغم من عدم وجود برهان أو دليل قاطع عن الانتشار الواسع لتعاطي الماريجوانا بين المراهقين وعدم وجود دليل علمي يحدد مدى مخاطرها المزعومة إلا أن المناخ المستثار حولها والضجة

الإعلامية التي صاحبت هذه المادة قد أثرت في الرأي العام وفي كثير من أفـراد السلطات التشريعية، مما أدي إلي تصنيف الماريجوانا ضمن قـانون العقاقـير المخدرة الصادر في عام ١٩٣٠، ولقد كان إلحاح أنسلنجير حـول تأثـيرات الماريجوانا على الشباب بمثابة مباراة أكثر منها أدلة علمية، ونتيجة لذلك مـرر الكونجرس مشروع قانون لفرض ضريبة علي الماريجوانا في عام١٩٣٧.

وبذلك انتهى أنسلنجير بالكاد من عملية وقاية الشباب مـن أخطـار تعاطي الماريجوانا. وبينما اعتقد كثير من الناس في أن عازفي موسيقي الجاز مـن أكثر المستخدمين للماريجوانا وإن محاولات أنسلنجير في اتخاذ إجراءات ضـد هؤلاء العازفين البارزين قد باءت بالفشـل في الأربعينـات، وبالإشـارة إلي التبعات التي يجرها عازفي الجاز علي الشباب، حـاول أنسـيلنجير أن يقلـل بشكل عام من شأن هذا النوع من الموسيقي . ويمثل هذا الجـهد الأول مـن كثير من الجهود العديدة التي تربط بين تأثير نوع الموسيقى وعازفيـها علـي استخدام وسوء استخدام العقاقير

## نحو العصر الحديث: سوء استخدام المواد النفسية بعد الحـرب العالمية الثانية

شهدت ظاهرة استخدام الكحوليات زيادة تدريجية وبدرجة ثابته بـين المراهقين بعد الحرب العالمية الثانية، ففي عام١٩٤١ ، ومن خـلال دراسـة مسحيه أجريت علي طلاب المدارس الثانوية، اتضح أن ٨٠ ٪ منهم تقريباً قـد

أقروا بعدم تعاطيها على الإطلاق ( مكارثي ودوجلاس McCarthy& Douglass 1949) هذه النسبة المئوية من الطلاب الممتنعين انخفضت إلى ٧١ ٪ في عام ١٩٤٥ ووصلت إلى ٦٦ ٪ خلال عام ١٩٤٧، أما الطلاب الذين أقروا بالاستخدام العارض لها قد ازدادت من ١٦ ٪ في علم ١٩٤١ إلى ٣٠٪ في عام ١٩٤٧، كما ازدادت نسبة الطلاب الذين أقروا بالاستخدام المتكرر للكحول من ٠,٩ ٪ إلى ٣,٥٪، وقد استنتج الباحثون الذين قاموا بهذه الدراسة : أن الاستخدام المتكرر بين الطلاب لا يمكن تجاهله، كما كان الاستخدام العارض يعني دائماً مرة أو مرتين، وأن فترة البدء الشائع للشرب تكون بعد المدرسة الثانوية مباشرة. وفي نهاية الأربعينات، خلال الفترة التي تلت الحرب العالمية الثانية، بدا أن الإدمان بين الشباب قد ازداد، وزاد عدد الأشخاص المقبوض عليم بسبب تعاطيهم للمخدرات، وأيضاً زيادة في عدد المراهقين بينهم خلال الفترة الممتدة من عام ١٩٤٦ وحتى عام ١٩٥٢، (بروزسير Prosser, 1954) حيث اعترف سبعة وعشرون حالة أو ١٧٪ من العدد الكلي للشبان في هيئة شباب كاليفورنيا بأن لهم تاريخ طويل في استخدام المواد (يشمل في معظمه على الماريجوانا وأعداد أقل من مستخدمي الأفيون) أو في نقل المخدرات. كما بلغ عدد المراهقين المقبولين في معاهد ولاية نيويورك لأكثر من ٩٠٠٪ بين عامي ١٩٤٧، ١٩٥٠، (كريج، Kreig, 1951) ، ولقد كانت هذه الزيادة في نسب الإدمان بين

المراهقين في المناطق الحضرية الكبيرة بصفة خاصة ، وبالتحديد داخل الأحياء المغلقة في مدينتي شيكاغو ونيويورك، وعلى أية حال، فإن فكرة " الطفل المدمن child addicts" قد استرعت انتباه الصحافة والعناوين البارزة منها علي سبل المثال " وباء المخدرات ''dope epidemics" ونتيجة لهذه الضجة المثارة، قام الآباء باصطحاب أبنائهم إلى أطباء العائلة ليفحصوهم من احتمالية إدمانهم، ولقد استغرب الأطفال من هذه الإجراءات وبدؤا يوخذن أزرعتهم بالإبر ليتظاهروا بأنهم مدمنون أو " خشاشون junkies" (ديوتش،Deutsch, 1952).

وانتشرت هستيريا لا مبرر لها وشملت المناطق الحضرية الكبرى وهذا قد أثر بشكل كبير علي تعاطي المواد من قبل الشباب المنحرفين. ولقد أصدرت أحدي الصحف الشعبية تقريرا مبدئيا عن عدد المراهقين المدمنين للمخدرات الذي بلغوا ١٥٠٠٠ مراهق في نيويورك، ٢٥٠٠٠ في شيكاغو علي التوالي، (وايتمان،Whitman, 1951) ، كما أظهرت البحوث رقماً إجمالياً مقداره ١٥٤ شابا فقط يستخدمون المخدرات أي واحد من كل ٢٠٠ طالب في مدارس مدينة نيويورك، أما معظم مدمني المخدرات من المراهقين لم يكونوا من طلاب المدارس.

وعلى الرغم من الإثارة المتزايدة التي قامت بها الصحافة الشعبية، إلا أن المراجعات العلمية التي أجريت علي الموضوع خلال عام ١٩٥٠ بدأت تظهر الحجم الحقيقي لعوامل خطر استخدام وسوء استخدام الشباب للمواد

النفسية، وظلت الأسئلة التي كانت تدور حول طبيعة العلاقة بين السلوك الشاذ للمنحرفين الأحداث، واستخدام المواد معلقة.

ولقد أشارت بعض التقارير إلي أن تعاطي العقار يقود الشاب إلي ترك المدرسة وارتكاب الجرائم التي تدعم عادات الاستخدام لديهم ( غولدشتاين، Goldstein, 1952)،ولقد طرح المكتب الفيدرالي للمخدرات وجهة نظر مؤداها إن معظم الشباب الذين يستخدمون العقاقير كانوا " أشراراً " أو منحرفين وأن استخدامهم للعقاقير يعد جزءاً من نمط شخصياتهم المنحرفة ( كوجان،Kogan, 1950).

وكرد فعل للمستوى المتزايد لاستخدام العقاقير بين المراهقين،شرعت كثير من المدارس على الأقل بوضع تعليمات عن المخدرات، ووضع برامج وقائية منها، وتدريب المعلمين والموظفين علي كيفية ملاحظة العقاقير والمدمنين، وما هي الطرق الملائمة لتوصيل هذه الملاحظات إلى السلطات، واشتملت جهود المجتمع علي الحملات كحملة " علي المخدر أن يرحل " "Dope Must Go" التي قامت بها لجنة جماعة الجانب الجنوبي من شيكاغو the South Side Community Committee of Chicago (اللجنة الاستشارية الخاصة لمجلس الشيوخ الأمريكي U.S. Senate Special Committee, 1951) ،وجملة القول، كانت استجابة التعليم، والمجتمع، والجمهور للمشكلات مخلصة ولكنها كانت سطحية و لم تهتم بالمشاكلات الأساسية كالفقر، والإهمال التي ساعدت علي تكوين المنحرفين.

وكما حدث في الماضي، كانت الصحافة الشعبية تشير بشكل مثير وعارض لمشكلة تهديد استخدام العقاقير، وما إذا كان استخدام المخدرات منتشر على مدى واسع بين الشباب أم لا ولقد كان استخدام المخدرات بين عموم السكان في زيادة في أوائل الخمسينات، وكالعادة، كان رد الفعل هو المطالبة بمزيد من القوانين وبعقوبات أشد علي تجارة واستخدام المواد المخدرة.

وفي عام ١٩٥١ استجاب الكونجرس الأمريكي ومرر قانون يعد الأول من نوعه في التشريع الاتحادي يسمي قانون بوجس Boggs Act الذي زاد العقوبات على كل أنواع العقاقير المخدرة ووضع الماريجوانا والعقاقير المخدرة معاً في نفس المجموعة لأول مرة في التشريع الفيدرالي، وقد كانت الشواهد التي أدت إلي تمرير قانون بوجس قد امتلأت بالقصص المرعبة عن تهديد الماريجوانا والعقاقير الأخرى للشباب (بونيه ووايتبريد، Bonnie & Whitebread, 1974) . وفي عام ١٩٥٦م قرر الكونجرس زيادة عقوبات أخرى عن طريق إصدار قانون مراقبة المخدرات Narcotic Control Act. وعقب المبادرة الاتحادية، زيادت الولايات أيضاً من جزاءات إحراز المواد المخدرة.

ولقد تساءل مجموعة من الأطباء، والمحامين والقضاة عن ما إذا كان التركيز علي التهديد بالحبس أو السجن سيؤدي إلي تقليل الإدمان بالفعل، كما صدرت لائحة أخري عن اللجنة المشتركة لجمعية التعاطي الأمريكية the American Bar Association والجمعية الطبية الأمريكية the

American Medical Association التي قدمت تقريرا عــن العقاقــير المخدرة (١٩٦١) أوصت ببحث ووضع برامج محكمة تـــؤدي إلي العـــلاج. ولكن لسوء الحظ،فإن مثل هذه الجهود المتطلعة قد لاقت اهتمام قليل من قبــل مشرعي القانون ومن الجمهور في نفس الوقت .

## The Current Epidemicالوباء الحالي

بعد التركيز الذي جري عام ١٩٦٥ علي الأنماط الموجــودة داخــل المدن لاستخدام المخدرات والإدمان ظهرت أنماط جديدة منه، وتداخلت هــذه الأنماط الجديدة مع الأنماط الموجودة بالفعل، علي سبيل المثـــال ظــهر نمــط الاستخدام الترفيهي الذي اشتمل عادة علي استخدام العقاقير غـــير الأفيونيـــة بواسطة الشباب البيض من الطبقة المتوسطة، ولقد أثرت الحركة الاجتماعيـــة خلال الستينات والسبعينات على كل الأمريكين تقريباً، كذلك حرب فيتنـــام، والاعتراضات التي وجهت لها، والكفاح من أجل الحقوق المدنية ، وأعمـــــال الشغب التي سادت معظم المدن وكشف نفاق العديد من الزعمــــاء والقيـــم السائدة، كل ذلك أدي بالشباب إلي تحدى القيـــم التقليديـــة، والاتجاهـــات السائدة، والمعايير الاجتماعية، وخلال هذا التمرد الاجتماعي والثقـــافي، بـــدأ الشباب في تطوير قيم وأساليب حياة خاصة بهم أو الهروب من هذه الفوضـــى الثقافية المدركة بشكل مجـــرد، والبحـــث عـــن فـــهم ـــ الـــذات -self understanding والمتعة المادية بصورة أكبر، أو الهروب من الملل الســـائد كل ذلك كان من الأسباب الرئيسية التي أدت إلي زيادة انتشـــار اســتخدام

العقاقير علي نحو واسع بين الشباب في تلـــك الفـــترة. حيـــث زاد عـــدد المراهقين الذين حاولوا تجريب الماريجوانا في سن من ١٢ إلى ١٧ ســـنة مـــن صفر تقريباً في عام ١٩٦٠ إلى ٣ من بين كل ١٠ طلاب خلال عـــام ١٩٧٩ في الولايات المتحدة، ومن خلال الدراسة التي أجريت في عام ١٩٦٦ لمعرفـــة أنماط استخدام المواد المخدرة بين الذكور في الفصل الدراسي العاشر أشـــارت نتائجها إلى أن ٢٣ ٪ منهم قد أقروا بتعاطي الكحول مرة واحدة إلى مرتـــين في الشهر (جونستون Johnston. 1973)، كما أقر حوالي ٢٠ ٪ منـــهم باستخدامهم للماريجوانا، وأقر ٤,١ ٪ باستخدامها مرة واحـــدة أو مرتـــين شهرياً.

ولقد خرج إدمان المخدرات الآن من الأحيـــاء الفقـــيرة (الجيتـــو)، وكانت هناك أعداد متزايدة من مواطني الطبقة المتوســـطة والطبقـــة الراقيـــة، وبصفة خاصةً من الطبقة المتوسطة القاطنين في الضواحي، الذين انغمســـوا في استخدام وسوء استخدام العقاقير وبعد الضجة الإعلامية التي استهدفت إدانـــة الأطفال وسجن كل من يمتلك أو يستخدم الماريجونا من المواطنـــين، أصبـــح أصحاب المؤسسات الطبية والموظفون القائمون علي تنفيذ القانون مـــترعجين وغير مستعدين للاستمرار في دعم التصور القائل بأن مستخدمي الماريجوانا من المجرمين.

ومع نهاية الستينات، كان هناك حاجة ملحة لمراجعة القوانين الاتحادية للمخدرات، وكان علي الدولة أن تستجيب للتغييرات في الاتجاهات والسلوكيات المجتمعية بما في ذلك زيادة معدل استخدام العقاقير في البلد، ونتيجة لذلك مرر الكونجرس مشروع قانون شامل للوقاية والسيطرة علي العقاقير في الأول من أكتوبر من عام ١٩٧٠، هذا القانون وضع كل المواد المضبوطة داخل إطار موحد، وخفض العقوبة الإلزامية لملكية كمية بسيطة من العقاقير إلى جنحة، كما تم تعيين لجنة لدراسة الماريجوانا وتأثيراتها، كما عكست التشريعات التالية للدولة مرونة أكثر في الحكم واقترحت تقديم العلاج كبديل لأولئك الذين يقبض عليهم بسبب امتلاكهم للمواد الممنوعة، ولقد غيرت الدولة والحكومات المحلية من القوانين التي تدين بالجريمة والحبس الطويل أو السجن جملة وتفصيلا لكل من يمتلك الماريجوانا إلى جنحة.

ومن غير المؤكد معرفة ما إذا كانت هذه التغييرات التشريعية هي التي أدت إلي زيادة نسبة استخدام المواد المخدرة بين المراهقين والبالغين في الولايات المتحدة أم لا ؟ حيث تزايدت النسب المئوية لطلاب المدارس الثانوية الذين جربوا أنواع متعددة من المواد المخدرة واستخدموها بشكل منتظم خلال أوائل السبعينات. وعلى أية حال، فإن المعلومات العلمية حول أخطار هذه المواد أصبحت مؤكدة ومعروفة فالمراهقون الذين استخدموا هذه المواد أصبحوا يعانون من النتائج الاجتماعية والبدنية والنفسية السلبية كنتيجة لاستخدام وسوء استخدام هذه المواد كما أن إدراك مخاطر استخدام هذه

المواد قد زاد بين طلاب المدارس الثانوية، وهذا أدى إلى انخفاض نسبة الاستخدام بينهم، وعلى الرغم من هذا التغيير البسيط في توفر هذه المواد كالمعتاد.

وفي منتصف الثمانينات أصبح الكوكايين أكثر توفراً للشباب مما نتج عنه زيادة في استخدامه، وبعد معرفة المراهقين بتأثيراته انخفضت نسبة استخدامه بينهم في أواخر الثمانينات. هذا على الرغم من زيادة نسبة استخدامه من قبل سكان المجتمع بشكل عام ـ حيث ظهر ما يسمي بوباء الكوكايين ـ خلال النصف الثاني من عام ١٩٨٠ والتي أدت، إلى زيادة معدلات العنف وارتكاب الجرائم في المناطق الحضرية، والإساءة للجمهور بصورة عامة ، وكانت الإستراتيجية القومية لمراقبة العقار The National Drug Control Strategy of 1989 مشابه لردود الأفعال السابقة حيث قامت بتوجه الانتباه بصورة أكبر نحو التحريم وتنفيذ القليل من العلاج، وهناك دليل ضعيف يدعم فاعلية هذه الجهود، ويمكن عزو الانخفاض في أنماط استخدام المواد المخدرة بين الشباب للتعليم والوعي العام بخطر استخدام هذه المواد أكثر من عزوه إلى توفر هذه المواد الذي شهد تغيرا قليلا.

من هذا التاريخ الموجز لاستخدام المراهقين للمواد برزت عدة اتجاهات معاصرة هي :

**أولا** : إن المراهق باستخدامه للمواد إنما يقوم بتقليد البالغين، وخلال التعرض المبكر لسوء استخدام المواد النفسية الجديدة، فإن نسبة استخدامها من قبل المراهقين تكون أعلي من نسبة استخدامها من قبل بقية المجتمع.

**ثانيا** : خلال أوقات كبت هذا السلوك، عن طريق المنع مثلا، فإن استخدام المراهق قد يكون أكثر تقييداً ومن ثم ينخفض استخدامهم بنسبة أكبر من استخدام الراشدين.

**ثالثا** : كما هو الحال بالنسبة للراشدين يتم استخدام العقاقير من قبل أفراد الطبقات الدنيا في النواحي الاجتماعية الاقتصادية ، ولابد من استخدام المراهق لكمية معينة من المواد المخدرة وبصورة منتظمة لكي يصبح مدمنا.

وأخيراً، أشارت الدراسات العلمية إلي المراهقين في الطبقات الاجتماعية الاقتصادية العليا، والمتوسطة، يستجيبون إلي الضرر المدرك للمواد المخدرة وربما يرجع ذلك إلي أثر التعليم والخبرة. أما الشباب من الطبقة الاجتماعية الاقتصادية الدنيا ربما يظهرون تغيرا أقل في تعاطيهم للمواد النفسية، نتيجة لقلة معلوماتهم بأضرار هذه المواد وبالتالي يكونون أقل اهتماما بشأن نتائج التعاطي.

## نظريات استخدام وسوء استخدام المراهق للمواد النفسية

تطورت وجهة النظر حول السبب أو الأسباب الخاصة باستخدام أو سوء استخدام المواد في مرحلة المراهقة تطورا شبيها بتفسير استخدام أو سوء

استخدام البالغين لهذه المواد، وعبر التاريخ الأمريكي، تعامل المجتمع مع سوء استخدام المواد بالتبادل علي أنه فشل أخلاقي أو أنه مرض. حيث أدانت المعسكرات الأمريكية الأفراد الذين يستخدمون الكحوليات بمستويات متطرفة، وفيما بعد وصف بينجامين رش Benjamin Rush أبو الطب النفسي الأمريكي، الإدمان علي أنه مرض، وخلال القرن التالي أو يزيد، أصبح الكحوليون أو الذين أدمنوا العقاقير الأخرى التي ظهرت فيما بعد حالات تستحق الشفقة، ثم تم وصفها بالحالات ذات السلوك الشاذ، التي تستحق اللوم، وقبل نهاية النصف الثاني من هذا القرن، اعتبر معظم الناس سوء استخدام المواد النفسية ما هو إلا نوع من السلوك الشاذ الناتج عن الفشل الأخلاقي أو الفشل في النمو الخلقي الصحيح، وإذا تم استخدام أو سوء استخدام هذه المواد من قبل المراهقين فإن ذلك يكون نتيجة لكل ما سبق، ومن ثم يمكن إلقاء اللوم علي كل من الوالدين أو البالغين المحيطين بالمراهقين لتقصيرهم في مسئوليتهم، حيث كان عليهم تعليم المراهق السلوك الملائم.

ومع نهاية القرن التاسع عشر، امتد اللوم علي استخدام وسوء استخدام المواد ليشمل العوامل البيئية الأخرى كالفقر، ونقص التعليم، ونقص التوجيه الأسري في حالة الأطفال الأيتام أو المشردين، واعتبر العقاب من قبل المجتمع هو الأسلوب الأمثل الذي يجب اتباعه للتعامل مع مثل هذه المشكلات، فالشاب المنحرف الذي يسئ استخدام المواد النفسية هو شخص واقع ضمن مجموعة من المجرمين.

إلا أن التغيرات الجوهرية في الاتجاهات والمواقف الاجتماعية لم تـأخذ مكانها إلا خلال العشرين إلى الثلاثين سنة الأخيرة من هذا القرن، ومنذ الستينات من هذا القرن حددت البحوث بعض الأسباب المرتبطة التي تؤدي إلى إمكانية حدوث استخدام و/ أو سوء المواد بين المراهقين، كما ظهرت الحاجة إلى البحث عن علاج فعال وعن استراتيجيات وقائية، حيث أن هذا يوضح لنا لماذا يستخدم المراهقين المواد المخدرة أو يسيئون استخدامها، ونتيجة لاعتبار سوء استخدام المواد مرض وإدماجه في علم الأمراض ،شوعت مدارس علم النفس في دمج هذا السلوك ضمن مناهجها النظرية بصورة أشمل، والنظريات المعاصرة التي تفسر استخدام وسوء استخدام المراهق للمواد النفسية يمكن تقسيمها بصورة اختيارية في واحدة من أربع مجموعات رئيسية هي:

(١) النموذج المرضي the disease model
(٢) النظريات النفسية psychological theories
(٣) النظريات السلوكية behavioral theories
(٤) النظريات البيولوجية biological theories

ولقد ساد النموذج المرضي والنظريات السيكودينامية والنظريات النفسية الأخرى المشابهة باعتبارها من أكثر التفسيرات فاعلية لسوء استخدام المواد خلال الفترة السابقة على الحرب العالمية الثانية مباشرة وحتى العقدين الماضيين، ومنذ السبعينات ركزت البحوث على السلوكيات المتعلمة كنقطة

حرجة تساهم في الإقبال علي سوء استخدام المواد النفسية وتطور استخدامها وأدي ذلك إلي تركيز الانتباه على النظريات السلوكية، وأخيراً، قام الباحثون بتطوير النظريات البيولوجية والتكاملية لكي تصبح أكثر قدرة علي تفسير هذا السلوك بصورة أكثر شمولية.

## النموذج المرضي The Disease Model

من الصعب تصنيف النموذج المرضي لتفسير سوء استخدام أو إدمان المواد النفسية ضمن النظريات النفسية أو ضمن الإطار السلوكي — البيئي، وعلى الرغم من مسماه، فإن هذا النموذج لا يمكن اعتباره نموذجاً طبياً أو بيولوجياً، ولكن لهذا النموذج أثراً قوياً في علاج سوء استخدام المواد النفسية و إدمانها خلال الخمسين وحتى الستين سنة الماضية، كما ظل هو النموذج السائد في علاج سوء استخدام المواد النفسية، ولكن لسوء الحظ، ليس له تفسير منطقي أو كامل لهذا النموذج أو تفسير نوعي لتطور سوء استخدام المواد وبشكل أكثر تحديداً اعتباره سوء استخدام المواد النفسية أو إدمانها — مرضاً، ومن ثم يكون الإدمان مرض منفصل وقائم بذاته وليس عرض أو جزء من مرض آخر، إلا أن تفسير الإدمان على أنه مرض لا يعد تفسيرا أكثر مما هو تصريح بحقيقة عن انماط الاستخدام السيئة التكيف، ومخاطر تكرار هذه الأنماط خلال حياة المدمن، وعلي الرغم من ذلك هناك عدد كبير من مؤيدي هذا النموذج، لايوافقون على كثير إن لم يكن كل مفاهيم النماذج النظرية الأخرى، فإنه لا يبدو أن هناك مستوى جوهري من

عدم الاتساق بين النموذج المرضي والنماذج الأخرى حول تفسير سوء استخدام المواد النفسية.( دودز، Dodes, 1988)؟

## النظريات النفسية Psychological Theories

على الرغم من محاولة النظريات النفسية لتغطية مدي واسع وأكبر قدر ممكن من الاعتبارات النظرية لتفسير استخدام وسوء استخدام المراهق للمواد النفسية إلا إنه لابد من تعريف علم النفس هنا على أنه دراسة العمليات العقلية الداخلية للفرد المراهق، ويشتمل في ذلك على النظريات النفسية ووجهات النظر السيكودينامية، كفرض العلاج الذاتي self-medication وعلى الرغم من أن البيئة وبصفة خاصة الخبرات المبكرة لها أثر دال على سلوك استخدام المواد النفسية، إلا أن النظريات النفسية قد دعمت دور العمليات الداخلية كالمشاعر والانفعالات، والشخصية كأسباب أولية للسلوك المرضي بما في ذلك سوء استخدام هذه المواد .

## النظرية السيكودينامية Psychodynamic Theory

علي الرغم من أن وجهات النظر السيكودينامية في تفسير سوء استخدام المواد النفسية كان لها تأثيرا أقل ما يمكن بالنسبة لمجتمع العلاج من سوء استخدام المواد إلا أنها شكلت اتجاهات ومداخل العلاج بالنسبة لمجتمع العلاج في مجال الصحة النفسية علي مدي العقد أو العقدين الماضيين، وكما هو الحال بالنسبة لعدد من النظريات الأخرى، تري المداخل السيكودينامية سوء استخدام المواد النفسية علي أنه عرض أكثر مما هو سبب لمشكلات سلوكية أو انفعالية أخري (نيستروم، بال ولابريكوي ,Nystrom, Bal & Labreque, 1979)، وهناك عدد من المدارس الفكرية الرئيسية في التراث السيكودينامي حاولت تفسير سوء استخدام المواد النفسية، تفترض دور التثبيت الفمي "oral fixation" لتفسير العلاقة بين استخدام المواد والاندفاع نحو الإشباع، وخاصةً في حالة إدمان الكحوليات أو الاعتماد عليها (غلوفير Glover, 1956)، ورأت أن عدم قدرة الأم أو الأسرة علي مواجهة الحاجات الاعتمادية لطفلها خلال المرحلة المبكرة من حياته تؤدي إلي عدم تأكد الطفل من أن هذه الحاجات سوف يتم إشباعها، وهذا يؤدي في النهاية إلي عدم نمو قدرة الطفل علي إرجاء إشباع حاجاته، وبالتالي فإن عدم تحمل الإحباط المنخفض قد يعبر عن نفسه في صورة سلوك مندفع، كالغضب أو الانسحاب، ويعد الاستخدام السيئ للمواد النفسية وسيلة غير ناضجة للحصول علي الإشباع الفمي (بلانك، Blanc, 1970)، كما يشتمل

التنوع في منظور الإحباط الفمي علي وجهة نظر (مينينجـــر Menninger 1938) الذي يري أن عدم مواجهة الحاجات الفميه تجعل الفرد غاضباً مـــع أحد والديه أو كليهما، ونتيجة لعدم قدرته علي التعبير عن اندفاعاته العدائيـــة تجاهم، يرتد هذا الغضب نحو الداخل وهذا يؤدي بدوره إلي السلوك المدمـــر للذات في صورة سوء استخدام المواد النفسية، كما تمثل المشاعر الجنسية المثليـة وجهة نظر سيكودينامية أخرى (إبراهام Abraham 1926) التي تري أنـــه في حالة فشل الأم في مواجهة حاجات الطفل، يؤدي ذلك إلى توجهه نحـــو الأب للحصول علي الإشباع العاطفي وهذا ما ينمي لديه المشـــاعر الجنســية المثلية والأفعال الجنسية الكامنة غير المقبولة الــــتي يتـــم قمعـــها باســـتخدام الكحوليات أو العقاقير الأخرى، وطبقاً لوجهة نظـــر كثـــير مـــن المنظريـــن السيكوديناميين فإن الأفراد الذين يسيئون استخدام المواد النفسية عـــادةً مـــا يشتركون في بعض الخصائص الشخصية الإضافية كالاعتمادية والاندفاعيـــة ، والنرجسية ، والانعزال العاطفي، ومشـــاعر النقـــص والاكتئـــاب، وهـــذه الخصائص تشير إلي عجز الأنا، والكحول والعقاقير الأخرى ما هي إلا وســيلة لمواجهة حاجات الاعتماد والتخفيف من مشاعر الضيق وعدم الراحة النفســية، وبالتالي تقوم المواد النفسية بدور الأنا المهلـــهل "ego protheses" (ويـــدر وكابلان، Wieder & Kaplan, 1969).

كما توجد صياغات إضافية أخرى للنظرية السيكودينامية تفـــترض أن المواد وإدمانها كموضوع نفسي يشبه إلي حد ما الاعتمـــاد علـــى الآخريـــن (ميكس، Meeks 1987) وبالإضافة إلي كون الإدمـــان مصـــدر الإشـــباع

العاطفي ووسيلة من وسائل تنظيم الحالات الانفعالية المتناقضة، فانه يـؤدي بالفرد إلي تجنب العلاقات الإنسانية التي تحمل في طياتها إمكانيـة الصـراع، وأيضا تجنبه للعلاقات التي تنطوي علي مخاطر إعاقة نمو مهاراتـه الشـخصية وهذا يدعم تجنبه للعلاقات المسـتقبلية . كمـا أن الحاجـات الشـخصية والاعتمادية لمسيئي استخدام المواد النفسية عادة ما تجعلـهم يعـبرون عـن أنفسهم بإصدار مجموعة من السلوكيات يحاولون بها إخفاء أو ستر دوافعـهم الاعتمادية.

ويعد فرض التطبيـب أو العـلاج الـذاتي self-medication hypothesis محاولة تنظرية نفسية أخرى لتفسير سـوء اسـتخدام المـواد النفسية، حيث يري كلا من المنظريـن السـيكوديناميين وبعـض المنظريـن الآخرين بما فيهم عدد من السلوكيين أن استخدام الكحول والعقاقـير يعـد محاولة من قبل الفرد للسيطرة على الحالات العاطفية التي لا يستطيع تحملـها، ولقد اقترح خانزيان (Khantzian 1985) بأن بعض المواد يتم اختيارهـا بشكل تفضيلي بناء على قاعدة القدرة النوعية للتحكم في عدد من الحـالات الانفعالية، فبعض الأفراد يستخدمون العقاقير المنبهة للتخلص مـن حـالات الاكتئاب، والسأم، أو الفراغ الذي يعتريـهم بينمـا يسـتخدم الآخـرون المهدئات depressants للتخلص من الغضب أو حالات الهيـاج، وهـذه التأثيرات غالبا ما تكون نتيجة لعجز الأنا.

## النظريات السلوكية والتعلم والنظريات البيئية behavioral, learning, and Environmental Theories

نظريات التعلم/ السلوكية هي تلك النظريات أو التفسيرات التي تبحث في أسباب السلوك وتري أن استخدام أو سوء استخدام المواد يتم بناء علي تفاعلات الفرد مع بيئة وتأثير عدد من المتغيرات البيئية علي السلوك، ومن أهم هذه النظريات النظرية السلوكية ونظرية التعلم الاجتماعي social learning theory، والنظريات التفاعلية interactional theories وبعض الجوانب في نظرية التوقع expectancy theory ، ونظرية خفض التوتر، واستجابة خفض الضغط stress.

### نظرية التعلم الاجتماعي Social Learning Theory

تفترض نظرية التعلم الاجتماعي أن استخدام كل أنواع المواد النفسية يكون محكوما بمبادئ التشريط والتعلم الإجرائي ، وما يشتمل ذلك علي العوامل المعرفية ( أبرامس ونياورا Abrams & Niaura, 1987) ، (باندورا،Bandura, 1969) وكما سنري لاحقا خلال الفصل الرابع من هذا الكتاب يكون تعلم تعاطي الكحول أو تجريب نوع معين من المواد النفسية جزء أساسي من النمو النفسي الاجتماعي داخل الثقافة الغربية الحديثة. فالمراهقون يتعلمون استخدام هذه المواد من خلال تعرضهم لاتجاهات ومعتقدات النماذج التي تستخدمها، وتنظيم الحالات السلبية .الإيجابية، وتحسين التفاعلات الاجتماعية، وإذا استمر استخدام المواد، يزاد

تحمل الفرد على التأثيرات المدعومة التي تتطلب استخدامه لكميات أكـــبر من هذه المواد لكي يحصل على نفس التأثيرات، وهذا قد يؤدي إلي الانشـــغال بالحصول على المواد، وكما يحدث الاعتماد الجسمي الذي يتطلب مزيد مـــن الاستخدام لتجنب أعراض الانسحاب، كما يزيد الحصول علـــى التعزيـــزات القصيرة المدى من تغطية الرغبة في تجنب التعزيز السلبي الناتج عــــن الآثـــار السلبية لاستخدام المواد.

ولقد اعطت أحدث التعديلات في نظرية التعلم الاجتماعية أهميـــة أكـــبر إلى عوامل " أبعد " بما في ذلك الخصائص الشخصية، والعوامل المعرفية، وعجـــز مهارات المواجهة النفسية الاجتماعية (أبرامس ونيـــاورا، Abrams & Niaura, 1987)

## النظريات التفاعلية interactional Theories

تفترض النظريات التفاعلية أن سلوك سوء استخدام المـــواد النفســـية يحدث نتيجة للتأثيرات المتبادلة بين الفرد وذخيرته السلوكية الخاصة وبين بيئتـــه ، وعلي عكس ما تراه نظرية التعلم الاجتماعي، يكون الفرد نشطا ومتـــأثرا بالنواحي المعرفية والانفعالية والإدراكية وبالعوامل الدافعية والبيئة، كما يتـــأثر سلوكه باستمرار التفاعل بينـــه وبـــين بيئتـــه وتغذيتـــة الرجعيـــة بذلـــك (سافادا، Savada, 1987)، ولقد تم وضع كثير من النظريـــات التفاعليـــة الحديثة بناء على النماذج الإحصائية المتنوعة التي تمثل بشكل أكبر وعلي نحـــو بارز نظرية السلوك المشكل التي وضعها كل من جيسور وجيسور (Jessor

and Jessor,1977)، ونمــوذج المجـــال هوبـــا وبنتلـــير (Huba and Bentler,1982)، والنموذج الارتقــــائي لزوكـــير ( Zucker 1979)، ويتعامل النموذج الارتقائي وتفصيلاته للمراهق مع مدي واسع من ســـلوكياته بصرف النظر عن استخدام أو سوء المواد النفسية في حد ذاته.

وباختصار تري نظرية السلوك المشكل لجيسور مشكلة الشراب علـي أنها واحدة من السلوكيات المشكلة العديدة، والتي تحدث نتيجة التفاعل بـــين ثلاثة أنظمة للفرد هي: نظام الشخصية، ونظـــام الإدراك البيئـــي، والنظـــام السلوكي، وداخل كل نظام من هذه الأنظمة، توجد خصائص أو متغـــيرات تشكل قوي جذب "proneness" إلى الانحراف أو السلوك المشكل، ويعـــد سلوك الشراب، سواء كان هذا السلوك يشكل مشكلة أم لا، متغير مســـتمر أكثر منه حالة منفصلة، كالسلوكيات المشكلة الأخـــرى، ويـــري جيســـور Jessor عدم وجود تأثيرات مورفولوجية pharmacologic أو ضعـــف بيولوجي.

وخلال النموذج الميداني لهوبـــا وبنتلـــير Huba and Bentler's domain model يكون الشراب واحد من مجموعة أكـــبر مـــن الميـــول السلوكية للمراهق أو من أساليب حياته، وهذه الميول ناتجة عـــن التفـــاعلات التي تحدث بين عدد من الميادين: البيولوجية والتفـــاعلات البـــين شـــخصية interpersonal, والخـــارج الشـــخصية intarpersonal والثقافـــة ــ الاجتماعية، ومن ثم، يبدو أن النموذج الميداني أكثر شمـــولا مـــن النظريـــات

التفاعلية الأخرى لأنه يضع سوء استخدام المواد النفسية داخل إطار عريض من السلوك، كما يبحث عن مدي تأثر هذا السلوك بكل من العوامل البيئية والبيولوجية.

### نظرية التوقع Expectancy Theory

التوقعات هي عمليات معرفية تؤدي إلي ربط الأحداث بعضها ببعض، وبمعني آخر أكثر تحديداً، هي توقع لأحداث معينة كنتيجة لبعض المقدمات، حيث يتعلم الفرد توقع العلاقات الكائنة بين الأحداث أو الأشياء في المواقف التالية خلال مبادئ التعلم، ويري منظري التوقع، إن ما يتم تعلمه هو العلاقة بين سوء استخدام المواد النفسية وبعض النتائج المحددة المرغوبة نتيجة للتدعيم، ويحدث سوء استخدام المواد النفسية عندما يحصل المراهق علي توقعات إيجابية من هذا السلوك، وعندما تزداد مرات الاستخدام أو تزداد كميته تحدث التوقعات السلبية، ويتم تعزيز هذه التوقعات من خلال الخبرة القصيرة المدى، ونتيجة لخبرات المراهقين المحدودة وأيضا نتيجة لتأثير التراث الشعبي وأساطيره، ومن ثم يصبح المراهقون أكثر عرضة لتطوير توقعات قد تكون غير صحيحة علي المدى البعيد. وسوف نستعرض محتوى توقعات المراهقين لاحقا في الفصل الرابع .

## نظرية خفض التوتر / أو كبح استجابة الانضغاط Tension Reduction Theory/Stress Response Dampening

علي الرغم من الفكرة القائلة بأن مدمني الخمور يعانون من التوتر الزائد نتيجة للرغبات الفمية المحبطة والنزعات المتصارعة، وهذا ما نجده في أدبيات التحليل النفسي، إلا أن نظرية خفض التوتر تستند بشكل كبير على المبادئ الأساسية لنظرية التعلم التي ترى سوء استخدام المواد النفسية على أنه سلوك تم تعزيزه ( Conger. 1956) والعناصر الرئيسية لنظرية خفض حالة التوتر هي أن الكحول يخفض التوتر الذي يشتمل علي الخوف، والقلق، والصراع، والإحباط، ويستخدم الكحول لخصائصه المخفضه لهذا التوتر (كابيل وهيرمان Cappell & Herman.1972)، ولقد أشارت نتائج أحد الأبحاث الحديثة إلي أن خصائص الكحول المخفضه للتوتر لم يتم ملاحظتها إلا ضمن مساحة محددة فقط من منحني رد الفعل لجرعة الكحول، كما أن خفض التوتر كعامل مفرد في تفسير سوء استخدام المواد النفسية عادة ما يكون غير صحيح (كابيل وجريلي، Cappell & Greeley, 1987).

وتتشابه نظرية استجابة خفض الضغوط مع نظرية خفض التوتر، حيث أن الفرد يتعلم أن هذه المواد تؤدي إلي خفض الاستجابة الجسدية للضغط، وهذا يؤدي إلي حث وتدعيم استخدامها خلال المواقف الضاغطة المشابهة (شير، Sher. 1987)، وقد تلعب العمليات المعرفية، والتوقعات.

والخصائص الفردية كالحساسية والاستجابة للضغط دورا مهما في تحديـــد القابلية للأفراد.

## العجز الذاتي Self-Handicapping

- إن الأفراد غير المتأكدين من كفاءتهم في مواقف محددة قد يســتهلكون الكحول أو العقاقير الأخرى من أجل عزو أدائهم الضعيف إلى حالة التســـمم التي يصابون بها بـــدل مـــن عزوهـــا إلي كفـــاءتهم الحقيقيـــة (جونيـــس و بـــيرجلاس Jones & Berglas. 1978)، (توكـــــير، فوتشـــــينيتش وسوبيل Tucker, Vuchinich, & Sobell 1981)

## الوعي الذاتي Self-Awareness

يؤثر الكحول والعقاقير الأخرى على العمليات المعرفية، بما في ذلـــك حالة الوعي — الذاتي self-awareness (هل، Hull,1987)، ويصبـــح الفرد أقل قدرة علي تقيم خبراته السلبية التي تشتمل علي الفشل وأيضاً تقييـــم الأثار السلبية الناتجة عن استمرار استخدامه أو سوء استخدامه للمواد النفســية ؛ وبالتالي فإنه قد يستمر في هذا، وبالنسبة للمراهق فإن تمييز النتائج الســـلبية لاستخدام المواد يعد أمر ضروري لكي يكون قادراً علي تجنب استخدام المـواد بصورة عامة وأيضاً تجنب التدرج من التجريب إلى سوء الاستخدام.

إن سوء استخدام المواد النفسية كمفهوم مرضي يعد أحد العلامات البارزة لدي جماعة علاج إساءة استخدام المواد، فمعظمنا يشعر بأن مسيئي استخدام المواد النفسية سواء كانوا مراهقين أو بالغين مرضي ويحتاجون للعلاج، وعلى أية حال، هناك تعريف ضيق وشائع للمرض علي أنه يؤدي إلي عدم السواء الجسمي سواء كان من الناحية التشريحية أو الكمياء الحيوية أو الفسيولوجية، أو العدوي بالجراثيم.

وحتى وقت قريب، فإن عدم القدرة علي الإيضاح بصورة محددة لكيفية حدوث عدم السواء الجسمي قد قاد بعض الباحثين إلي طرح صيغة تصور سوء استخدام أو الاعتماد علي المواد النفسية أو حتى أماني الفرد في التعرف عليها، ماهو إلا مرض.

وخلال عدد من العقود الماضية زادت الأدلة التي تشير إلي زيادة خصائص عدم السواء البيولوجي كبناء تحتي يؤدي لا إراديا إلي إساءة استخدام المواد النفسية (تارتير، Tarter, 1992)، كما كشفت الدراسات الوراثية التي أجريت علي حالات التبني والتوائم، عن مكونات وراثية أساسية ومستقلة عن التأثيرات البيئية كعامل وراثي مهيأ، ولقد قام الباحثون بفحص العلامات البيولوجية من خلال مقارنة الأطفال الذين يسيئون استخدام المواد النفسية (ذوي عامل المخاطرة العالي) بأطفال لا يسيئون استخدام المواد

النفسية (ذوي عامل المخاطرة المنخفـــض)، ( شـــوكيت، Schuckit, 1985b, 1987) وأشارت النتائج إلي وجود فروق في كـــل مـــن المجـــهود المرتبط بالحدث علي اختبار رسام المخ الكهربي، وبعض المقـــاييس العصبيـــة النفسية وشدة تفاعل الكحول، وتأرجح الجسم بين مجموعات المخاطرة العاليـة والمنخفضة، وهذه الفروق تشير إلى تنوع العوامل البيولوجية التي قـــد تكـــون إشارات، أو دلائل أو قد تهيأ الفرد بشكل نشط لتطويـــــر ســـوء اســـتخدام الكحول أو العقاقير الأخرى.

ولقد اقترح الباحثون عدد من النظريات البايوجينيـــة biogenetic theories التي تشتمل علي عدم السواء في وظائف الموصلات العصبية مثـــل مادة السيروتنين (serotonin أو مادة الكاتيتولاميـــز catecholamines ) أو وجود فروق في عملية الأيض للكحول، ويؤدي غياب الدليل على أحـــد هذه العلامات البيولوجية إلي وجود عامل بيولوجي — مفرد مســـبب أو إلي عدم ملائمة النظرية.

## التكاملية في النظريات Integration of theories

لقد أدت زيادة نتائج عدد من الأبحاث بفهم طبيعة سوء استخدام المـــواد النفسية، كما كشفت عن زيادة تعقد العوامل التي تـــودي إلي تطـــور هـــذه الظاهرة وتاريخها الطبيعي، ويجب أن لا يودي ذلـــك التعقيـــد إلي إصابتنـــا بالدهشة حتى لا ينعكس ذلك علي مقاومتنا لهذه المشكلة، وعلى بذل الجـــهود من أجل الوقاية منها ومعالجتها، ونظراً لوجود عدد من النظريات التي ينقصـــها

علي الأقل قليل من الموضوعية، ظهرت النظرية التكاملية التي تجمع بين العناصر النفسية والسلوكية المتنوعة والنظريات البيولوجية ذات العلاقة بتفسير هذه الظاهرة، وهي تستند على وجود دليل يشير إلي أن سوء استخدام المواد النفسية من قبل المراهقين يحدث نتيجة التفاعل المعقد بين العوامل النفسية، والعلاقات الاجتماعية، والتأثيرات البيئية الأخرى، والعوامل البيولوجية التي تؤدي إلي وجود منستوى لإمكانية حدوث بداية استخدام المواد النفسية والتدرج إلي سوء استخدامها، وقد تتفاوت المساهمة النسبية لهذه العوامل بين المراهقين كما يتضح ذلك من خلال النتائج، فالمساهمات النسبية البيئية مع وجود عجز بيولوجي شديد قد تؤدي إلي زيادة احتمالية حدوث سوء استخدام المواد النفسية.

ومن ناحية أخرى، فإن العجز البيولوجي الشديد قد يقابله عدد من العوامل البيئية الإيجابية، كالتأديب المتسق من قبل الوالدين وعدم التعرض للمواد النفسية.

ولم تظهر أي مراجعة لوجهات النظر النظرية علي أنها قاطعة، فكل واحدة منها حاولت استكشاف جزء من الخلل الذي يؤدي إلي اكتساب والاستمرار في استخدام وسوء استخدام المواد في المراهقة، حيث ظهر وجود بعض أنواع الخلل البيولوجي التي تؤدي إلى ذلك، كما أن البيئة تلعب دورا مهما وضروريا، وعلي الرغم من عدم استطاعتنا في أن نأخذ في اعتبارنا العوامل الداخلية أو الدوافع النفسية للمراهق، إلا أن ما يتعلمه الطفل أو المراهق من البيئة يؤثر في كل من عملياته المعرفية وسلوكه الظاهر.

إن العوامل السلوكية أو العوامل التي تم تعلمها قد تكون أكثر أهمية في مراحل معينة من التدرج — منذ بداية الاستخدام وحتى الاعتماد — ، فعلى سبيل المثال، قد يكون التعلم الاجتماعي أكثر أهمية في بداية الاستخدام، وقد تكون التوقعات أكثر أهمية خلال مرحلة الاستمرار في الاستخدام المنتظم، كما أن التطبيب الذاتي Self-medication وبعض الميكانيزمات البيولوجية المدعمة الأخرى قد تكون أكثر أهمية لاستمرار المراهق في سوء استخدام المواد.

لقد أظهرت النظريات التفاعلية الطبيعة المعقدة للتفاعل بين الفرد — البيئة — السلوك، على سلوكيات استخدام المواد، وخلال الفصل الرابع سوف يتم مناقشة بعض هذه النظريات بتفصيل أكبر وتوضيح كيفية تفسيرها لاستخدام وسوء استخدام المواد النفسية خلال السياق النمائي للمراهق .وتم تفسير سلوك استخدام المواد النفسية من قبل الشاب الصغير كاستجابة لتوسع قاعدة المعارف العلمية حول طبيعة هذه المواد واستخدامها وإدمانها، ولقد حدث هذا التطور داخل السياق الاجتماعي والقانوني الذي يتأثر بالأسلوب الذي يري به المجتمع والأفراد المواد النفسية واستخدامها وسوء استخدامها.

## علاج المراهقين الذين يسيئون استخدام المواد النفسية The Treatment of Adolescent Substance Abusers

إن علاج المراهقين الذين يسيئون استخدام المواد النفسية يختلف قليلا عن علاج البالغين الذين يسيئون استخدامها وحتى العقدين الماضيين كان يتم وضع المراهقين مع البالغين في جلسات علاجية دون مراعاة الفروق الواضحة التي تستند على العمر الزمني أو مستوى النمو لكل منهم، ونتيجة لذلك كان البالغين يشكلون غالبية هذه المجموعات المرضية. لذلك كان العلاج يوجه عادةً إلي مشكلات الراشدين واهتماماته دما اعتبرت برامج العلاج المراهين مجرد مدمنين أصغر سناً، وتوقع المراهقين أن يحضروا نفس النماذج العلاجية التي تشتمل علي جماعات المساندة الذاتية self-support groups كجماعة مد مني الكحول المجهولين Alcoholics Anonymous (AA) أو جماعة مدمني المخدرات المجهولين Narcotics Anonymous (NA) ، وقد لا نندهش عندما نجد أن المراهقين عادتاً ما يلاقون صعوبة تتعلق بارتباطهم بأقران أكبر منهم يسيئون استخدام المواد النفسية عند أعطاء المساعدة الذاتية طبيعة العمليات العلاجية الموجودة. وظهرت عملية علاج سوء استخدام المواد حديثا في مينسوتا من خلال ما يسمي بنموذج الإثنتا عشر خطوة للمساعدة الذاتية والذي يعرف الآن بشكل ملائم بنموذج مينسوتا (كوك Cook,1988a,1988b)

ولقد وجه العلاج من سوء استخدام المواد بصفة خاصة نحو مجموعات المراهقين ولقد بني علي غرار نموذج المساعدة الذاتية الذي بدأ أيضا في

ميسونا مع مجموعة من البرامج الأخرى مثل برنامج مستشفى القديسة ماري St Mary's Hospital program.

وخلال السبعينات من هذا القرن زاد تركيز الانتباه على مشكلات استخدام المواد في مرحلة المراهقة، ولقد تم ترجمة ذلك بشكل سريع في تطوير مزيد من البرامج العلاجية للمراهقين، كما زاد هذا الاهتمام بذلك خلال الفترة الزمنية الممتدة من نهاية السبعينات، وفي الثمانينات إندفعت المستشفيات ـ نتيجة لعدم كفاءتها أو امتلاكها للخدمات العلاجية ـ لتأخذ فرصة تحسين التأمين أو ما يسمي بإنفاق الجزء الثالث في علاج سوء استخدام المواد، كما تم تطوير برامج الإقامة الداخلية بها، والذي كان عادة ما يستغرق من ٢٨ إلى ٣٥ يوماً، ليصبح إلي حد ما شبيه بالصناعة المنزلية cottage industry،

ومع بداية عام ١٩٨٩ كان هناك ما يقرب من ٧٠,٠٠٠ عميل من الشباب في سن أقل ١٨ سنة يعالجون في وحدات علاج إدمان العقاقير والكحول (قسم الصحة والخدمات البشرية الأمريكي U.S.) Department of Health and Human Services, 1991a

ولقد بنيت فلسفة برامج علاج المراهقين من سوء استخدام المواد النفسية بشكل كبير علي فلسفة برنامج علاج البالغين الذي يتكون من الإثنتا عشرة خطوة للمساعدة الذاتية، وفي جلسات الإدمان التي تضم عدد من مدمني الخمور المجهولين (AA) أو مدمني المخدرات المجهولين ( NA ) ،يتعرض الشاب إلى التربية النفسية التي تدور حول الأثار السلبية للمواد، ويتم

تنفيذ برامج الإثنتا عشرة خطوة بشكل كبير من خـــلال الاســـتعانة بكتـــب العمل، بالإضافة لحضور جلسات جماعات المواجهة.

ومع بداية التسعينات زاد التدقيق على كل من سوء استخدام المـــــواد وبرامج علاج الصحة النفسية والوصول للعناية المنظمة للتحكـــم في إســـراع هده البرامج لكي تشمل كل من إنماء برامج المراهقين البطيئة، وما قـــد ينتـــج عن غلق عدد منها، أو اختصارها، أوتطويرها لكي تصبح برامــــج علاجيـــة خارجية أو كبدائل خارجية مكثفة ، حيث أن عدم وجود المشكلات الطبيـــة المصاحبة الدالة قد يجعل العلاج الداخلي للمراهقين بالغ الصعوبة.

كما أن الحاجة لتطوير نماذج إضافية، وبصفة خاصة برامــــج الإقامـة الداخلية ـــ حيث يكون التوجه بدرجة أكبر نحو الشباب المتـــأثرين بشـــكل أكبر ـــ تؤدي لمزيد من التركيز على العلاج السلوكي، ولمزيد مـــن التـــأكيد على قضايا الأسرة (بما في ذلك تدريب الوالدين علي إدارة المنزل)، ومزيد مـــن الانتباه للاضطرابات النفسية والعلاج المحدد للاضطرابات السيكاترية المصاحبـة عندما تكون دالة

إن مستقبل علاج المراهقين من سوء استخدام المواد النفســـية غـــير واضح المعالم، نتيجة للتقيد الشديد بنوع وطول العلاج والذي قد يقلل مــــن كفاءته، وعلي وجه العموم ،فإن تخطيط العلاج يجب أن يدعم بالأبحاث الـتي توضح مدي فاعلية الأنواع المختلفة من الطرق العلاجية في علاج المجموعـــات المتعددة من المراهقين والتي تختلف عن المجموعات الأخـــرى في خصائصـــها الديموجرافية، والاجتماعية، والسلوكية، والنفسية.

# الفصل الثاني

# التشخيص
# Diagnosis

# الفصل الثاني

## التشخيص ***Diagnosis***

يدور هذا الكتاب حول سوء استخدام المواد النفسية من قبل المراهقين، وحتى بداية هذا الفصل، مازال المؤلف يعرف ما هو المقصود بسوء استخدام المراهق للمواد النفسية، وكيف يتم تحديده ؟ وهل هناك تعريفات أو مظاهر سابقة أو حالية " لسوء استخدام المراهق للمواد النفسية " تؤدي إلي نوع من الإحساس العملي؟ وهل تساعد هذه التعاريفات في التعرف علي المراهقين الذين يعانون من مشاكل سوء استخدام المواد النفسية وعلاجهم، أو توجهنا عند اتخاذ القرارات السياسة العامة المتعلقة بالوقاية منها أو تحريمها ؟ وعلى الرغم من وجهات النظر المرتبطة بهذا الموضوع التي تشعرنا بتفشي وباء سوء استخدام العقاقير وإدمان الكحول بين المراهقين، إلا أن هناك قليل من الاتفاق في الوقت الحاضر حول تعريف اضطراب سوء استخدام المراهقين للمواد النفسية، وهذا يشكل صعوبة في التوصل إلى تعريف قياسي ويصبح من الصعب توحيد تنوع الآراء حول طبيعة سوء استخدام المادة نفسها، ولسوء الحظ، فإن غياب تعريف صادق، وثابت، وعملي، لاضطراب سوء استخدام المراهقين للمواد قد يودي إلي تعطيل الجهود التي تهدف إلي دراسة التعلق بها، وتاريخها الطبيعي، والجينات المسؤولة عن حدوثها، ونتائج علاج المراهقين منها.

وخلال هذا الفصل،سوف يقوم المؤلف بمناقشة الجهود التي بذلت لتعريف سوء استخدام المراهق للمواد النفسية، وأيضاً مناقشة العديد من المشكلات المرتبطة به كمحاولة لوضع تشخيص صادق وذو معنى لمشاكل استخدام المواد بين المراهقين.

ولقد تم تسجيل المعايير الأساسية لاضطراب استخدام المواد في الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات النفسية، الطبعة الرابعة *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorder* fourth edition (DSM-IV) ، (الصادر عن الجمعية النفسية الأمريكية، American Psychiatric Association, 1994 والذي تم الرجوع إليه .

## مسميات وتشخيصات سوء إستخدام المواد النفسية Labels and Diagnosis For Substance Abuse

ربما يوجد عدد من المسميات أو العناوين لاضطرابات سوء استخدام المراهقين للمواد، كما يوجد أيضاً عدد من التعاريفات له، وعلى الرغم من الجهود المبذولة للتوصل لإجماع أو اتفاق علي تعريف موحد لما يمكن تسميته باضطرابات سوء استخدام المواد، إلا أن هناك عدد كبير من المسميات المتنوعة التي تصف هذه المشكلة، هذه المسميات تتضمن: الاستخدام المشكل problem use ، وسوء استخدام المواد substance abuse ، والاعتماد علي المواد substance dependence ،وسوء الاستخدام الكيميائي chemical abuse ، والاعتماد الكيميائي chemical dependency ، والكحولية Alcoholism ، والإدمان addiction، ويعد المسمي الوارد

في الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات النفسية، الطبعة الرابعة (DSM-IV) من أكثر المسميات التعريفية الرسمية الأكثر استخداماً علي نطاق واسع في نظام التشخيص المعتمد خلال الجلسات الإكلينيكية والبحثية

وعلى الرغم من حداثة استخدام الدليل التشخيصي الإكلينيكي – الطبعة الرابعة (DSM-IV) في الاضطرابات المرتبطة بسوء استخدام المواد النفسية إلا أن معاييره أو تشخيصاته ليست هي الوحيدة التي تستخدم في تحديد مشكلات سوء استخدام المواد من قبل المراهقين، حيث يوجد عدد متنوع من المفاهيم التي يتم الاستعانة بها علي نطاق واسع من قبل الجماعات المتعددة والمتخصصة في مجال التأديب والمهتمة بالبحث، والعلاج، والتربية المرتبطة باضطرابات سوء استخدام المواد، وما يتعلق بها من مشكلات (Ri naldi, Steindler, Wilford, & Goodwin, 1988). وبما أن هذا الكتاب يتعامل مع استخدام المواد النفسية من قبل المراهقين علي نطاق واسع، فإن الاهتمام المبدئي سوف يكون منصباً علي الاستخدام المرضي أو اضطرابات الاستخدام من قبل المراهقين.

ويعرف الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات النفسية، الطبعة الرابعة (DSM-IV) الاضطراب العقلي علي أنه نمط أو عرض سلوكي أو نفسي دال إكلينيكياً يحدث بصورة فردية ويرتبط بالضغوط أو العجز في الوقت الراهن أو بزيادة خطر المعاناة من الموت، ومن الألم، والعجز، أو فقدان

الحرية. ومن هذا المنظور الواسع، فإن سوء استخدام المراهق للمواد يجب أن تنطبق عليه هذه المعايير بما يشتمل عليها من ضغوط أو عدم توظيف حتي يمكن اعتباره اضطراباً.

ومن خلال ما تم ذكره في الفصل السابق، فإن المؤلف قد اختار مصطلح " سوء استخدام المادة **substance abuse** " كمصطلح حديث **generic term** يشير إلي الاستخدام الباثولوجي للعقاقير أو الكحوليات — ما لم يتم ذكر مصطلحات أخرى "كالاعتماد عليٰ مواد نفسية معينة — كجزء من نظام التصنيف الرسمي المحدد، كما سنري — "سوء استخدام أو الاعتماد على مادة معينة " — علي سبيل المثال، سوء استخدام الكحول **alcohol abuse** ، أو الاعتماد علي الكوكايين **cocaine dependence**.

تطور التصنيفات التشخيصية لسوء استخدام المراهق للمواد :

إن مفهوم سوء استخدام المواد، وبصفة خاصة سوء استخدام الكحوليات، قد تطور خلال كل من السياق التاريخي والاجتماعي، ويعد بينجامين رش **Benjamin Rush** أول من وصف الكحولية **alcoholism** في مصطلحات من الاضطراب الطبي (ليفين **Levine, 1978**) ، ولكن لسوء الحظ، فإن تشخيص سوء استخدام المواد النفسية قد تطور، وأصبح يتم وصفه عن طريق الاستعانة بمصطلحات اضطراب البالغين، وهناك عدد قليل جداً من الدراسات التي فكرت في وضع تصنيف صادق للمراهقين، وقد يوجد دليل

ضعيف جداً — أو لا يوجد — من الأدلة التجريبية أو المفاهيم المقنعة التي تنادي بتطبيق مفاهيم البالغين (علي سبيل المثال سوء استخدام الكحول) علي المراهقين (ماير وفلستيد، Mayer & Filstead, 1979).

كما أن كثير من الأنظمة التشخيصية المقترحة لسوء استخدام البالغين للمواد النفسية تعاني من مشاكلها الخاصة، ومن ثم لا توجد محاولة تاريخية واحدة لوضع نظام تشخيصي لسوء استخدام المواد من قبل المراهقين ، (بما في ذلك رتب جيلينيك "Jellinek's "species" لأنماط الكحوليين)، (جيلينيك Jellinek, 1969) أو مناقشة تصنيف سوء استخدام الكحوليات في مرحلة المراهقة .

وتمثل الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-III) الصادر عن الجمعية النفسية الأمريكية (عام ١٩٨٠) توليفة من معايير البحث والتشخيص (Research Diagnostic Criteria (RDC

ويعرف الدليل التشخيص الإكلينيكي — الطبعة الثالثة — DSM-III سوء استخدام المواد في عدد من المصطلحات كالاستخدام الباثولوجي، أو العجز في الوظائف الاجتماعية والمهنية الناتج عن هذا الاستخدام، كما يعرف الاعتماد علي المواد من خلال وجود أعراض التحمل tolerance أو الانسحاب withdrawal ، وأيضاً من خلال وجود كل من الاستخدام الباثولوجي أو العجز في الوظائف الاجتماعية أو المهنية نتيجة استخدام المواد،

إلا إن تشخيص الـ (DSM-III) للاعتماد علي المواد، وخاصة الاعتماد علي الكحول يكون نادراً من الناحية التطبيقية بالنسبة للمراهقين نظراً لندرة وجود الأعراض الانسحابية النوعية بدرجة دالة بينهم، وأيضاً لتأكيد الـ (DSM-III) علي الأعراض الفسيولوجية أو على المراحل المتأخرة من سوء استخدام أو الاعتماد علي الكحول (Filstead, 1982; Vingilis & Smart, 1981)، كما أن عزو المشاكل، والاضطرابات أو النتائج قد تشكل صعوبة وخاصة مع المراهقين. كما توجد شكوك حول الصدق التلازمي والتمييزى لمعايير الـ (DSM-III) لعينات البالغين، وبالتالي هناك شك في صلاحيتها للمراهقين.

## أعراض الاعتماد علي الكحول والدليل التشخيص الإكلينيكي، الطبعة الثالثة، المعدلة

## DSM-III R

لقد أدخلت المراجعة التاسعة للتصنيف الدولي للأمراض من قبل منظمة الصحة العالمية International Classification of Disease (ICD-9) عرض الاعتماد علي الكحول كجزء من المعايير التشخيصية لاضطرابات سوء استخدام المواد النفسية (Edwards, Arif, & Hodgson,1981), (Edwards & Gross, 1976). وهذا العرض يشكل نموذج الطبعة الثالثة المعدلة للدليل التشخيصي الإكلينيكي الصادر عن الجمعية النفسية الأمريكية في عام 1987 (DSM-III-R).

وتختلف معايير (DSM-III-R) لتشخيص اضطرابات استخدام المواد النفسية إختلافاً جوهرياً عن المعايير التشخيصية لـ (DSM-III) (Rounsaville, Spitzer, & Williams, 1986). ومن بين هذه الاختلافات (أ) تغير مسمي رتبة الاضطراب الناتج عن استخدام المواد إلى رتبة اضطراب استخدام المواد النفسية، (ب) توسيع نطاق تعريف الاعتماد ليشمل السلوكيات ذات الدلالة الاكلينيكية، والمعارف، والأعراض، والتي تشير بدرجة دالة إلي التعلق بالمواد النفسية، (ج) أنها تشتمل علي معايير شدة الاعتماد، (د) حذف المتغيرات المرتبطة بالنواحي الجسمية لإمكانية سوء الاستخدام، حيث أن التحمل والانسحاب ضروريان لتشخيص الاعتماد. ومن ثم، فإن كثير من المراهقين الذين تنطبق عليهم معايير (DSM-III) تشخيص سوء استخدام المواد في السابق، تنطبق عليهم معايير (DSM-III-R) تشخيص الاعتماد علي المواد النفسية. وقد تتزايد أعداد المراهقين الذين يتم تشخيصهم بالاعتماد علي المواد النفسية نتيجة لإدخال السلوك والنواحي المعرفية ضمن معايير تشخيص (DSM-III-R) وذلك بالمقارنة مع (DSM-III)، وباستثناء تلك المعايير التي تتعامل مع الانسحاب والرغبة في ترك الاستخدام، تنطبق معايير الاعتماد الأخرى المتعلقة بالانشغال الكامل بالمواد، والحصول عليها والاستخدام الإلزامي لها، والفشل في إنجاز التعهدات نتيجة هذا الاستخدام من قبل المراهقين، كما تأخذ معايير (DSM-III-R) في اعتبارها التغير الشديد في أنماط استخدام المراهقين بينما تحتفظ بمفهوم عرض الإدمان عبر عمر كل المجموعات، وعلى أية حال، فإن تضمين مفهوم

الاعتماد في كل من (DSM-III-R) ، وفي عرض الاعتماد علـــي الكحول يضعف السيطرة علي الاستخدام واللهفة، حيث أن اللهفة وعجـــز التحكم في الاستخدام قد لاقت انتباه قليل كظاهرة بين المراهقين.

- ولقد تم حجب تصنيف سوء الاستخدام في (DSM-III-R) نتيجة لإدراك الحاجة لتشخيص استخدام المواد عندما ترتبط بوجود العجز مع عدم وجـــود معايير الاعتماد (رونسافيل Rounsaville,1987)، والانطباع العام هـو أن الفرد الذي يسيء استخدام المواد بصورة معتدلة يكون اعتمادياً علـــي هـــذه المواد فيما بعد، ومثل هذا التصنيف لسوء الاستخدام لا يمكن الإكلينيكي مـــن إعطاء تشخيص للمراهقين، وإحالته للعلاج نتيجة الإفراط المطرد في الشـــرب، مع عدم وجود نمط الاعتماد، وأيضا تقديم متصل كمي لشـــــدة التعـــاطي ( رونسافيل، ورونســـــافيل ,Rounsaville, 1987; Rounsaville)، (سبيزير وويليامس Spitzer, & Williams, 1986) ، حيث أن تشخيص سوء الاستخدام لا يتم إلا في حالة انطباق معايير الاعتماد علي المراهق.

ولقد وجد هاسين وزملاؤه ( هاســـين، وجرانـــت، و إنديكـــوت، Hasin, Grant, & Endicott,1990) من خلال دراسة طولية أجريـــت

- علي متعاطي الكحول من الذكور إلي أن سوء استخدام الكحول عـــادة مـــا يكون مميزاً عن الاعتماد علي الكحول، هذا الاكتشاف يطرح تســـاؤل عـــن الفكرة العامة التي ترى أن سوء استخدام المواد ما هو إلا عرضاً أولياً أو شـــكل أكثر اعتدالا من الاعتماد علي المواد.

في الدليل التشخيص الإكلينيكي، الطبعة الرابعة (DSM-IV) — الذي ظهر حديثاً — يوجد تصنيف للاضطرابات المرتبطة بالمواد ( الجمعية النفسية الأمريكية، ١٩٩٤) ظهرت بصورة مناسبة، ولكن هناك تغيير دال في معايير الاعتماد وتغييرات أكثر دلالة في معايير سوء الاستخدام، ولقد أخذ المؤلفين في اعتبارهم عدد من الخيارات لدلالة التغيير في التشخيص، وهذه الخيارات تشمل الرجوع إلى القواعد الفسيولوجية لتشخيص الاعتماد أو إضافة معايير تتعلق بمخالفة القانون أو وجود مشكلات في التفاعلات البينشخصية نتيجة لاستخدام المواد النفسية، وتشتمل التغييرات النهائية في معايير (DSM-IV) للإدمان على: (أ) حذف المعايير الخاصة بتكرار التسمم أو أعراض الانسحاب الواردة في (DSM-III-R) عند توقع إنجاز الجزء الأكبر من الإلتزامات.(ب) إضافة الأنماط الفرعية طبقاً لوجود أو غياب الدلائل الفسولوجية للاعتماد ( التحمل أو الانسحاب).(ج) حذف المعايير الدورية ومن الصعب توقع أثر معايير الإدمان التي تم مراجعتها علي تشخيص المراهقين، وعلي الرغم من الإبقاء علي المعايير السلوكية ،والمعرفية في تشخيص الاعتماد علي الأنماط الفرعية بدون السماح للاعتماد الفسيولوجي للأعداد الدالة من الشباب الذين ينطبق عليهم معايير الاعتماد، إلا أن حذف المعايير الخاصة بعدم القدرة علي إنجاز الأدوار والتعهدات الناتج عن استخدام

المواد قد يقلل عدد المراهقين الذين ينطبق عليهم معايير (DSM-IV) لإدمان المواد .

وتمثل معايير(DSM-IV) لسوء استخدام المواد تغييراً جوهرياً لمعايير (DSM-III-R)، وذلك لتوسيع معايير (DSM-IV) لتشمل أنماط الاستخدام غير المتوافق من المواد بحيث تغطي العجز الإكلينيكي الدال أو الضغوط، كما أنه تقدم مثالين إضافيين لنمط الاستخدام غير المتوافق والذي يشتمل على الاستخدام المتكرر نتيجة الفشل في إنجاز الجزء الأكبر من التعهدات ــ التي تم حذفها من معايير(DSM-IV) ــ الخاصة بالإدمان، بالإضافة لتكرار حدوث المشكلات القانونية المرتبطة بالعقار. وكما هو الحال مع تشخيص الاعتماد علي المواد، لم يعد (DSM-IV) يتطلب معايير دورية لتشخيص سوء استخدام المواد، وبالنسبة للبالغين، أشارت الدراسات الاستطلاعية التي استخدمت معايير (DSM-IV) إلي وجود

انخفاض في تشخيصات التعلق بسوء الاستخدام وبصفة خاصة إدمان الكحول ( شوكيت وآخرون Schuckit et al., 1991). وقد يرجع ذلك إلي وجود عدد كافي من القيود وبشكل مبالغ فيه في تشخيصات (DSM-IV) لسوء استخدام المواد. ولقد لاقي تشخيص سوء استخدام المواد باستخدام كل من (DSM-III-R)، و (DSM-IV) مزيداً من النقد نتيجة لعدم الاتفاق بين المقيمين evaluators (رونسافيل، Rounsaville, 1987) .

كما أن إضافة متطلب نمط سوء التكيف من استخدام المـــواد الــذي يؤدي إلي العجز الإكلينيكي الدال أو الاضطراب ،قد يكون أكثر التغيـــيرات دلالة في (DSM-IV). ففي الماضي، كان مجرد وجود نمط استخدام المـــواد سيئ التكيف ــ حتى ولو كان كان من خلال المعايير الذاتية ــ كافي ليكـــون معياراً تشخيصياً، كما أن متطلب العجز أو الاضطراب ســـوف يــؤدي إلي احتمالية وجود مشكلة صعبة، وذلك لإسناد العجز أو الاضطـــراب لســـوء استخدام المواد بدلاً من إسناده لعدد متنوع مـــن المشـــكلات الســـلوكية أو الاضطرابات النفسية أو الظروف البيئية المناوئة التي غالباً ما يتـــم ملاحظتـــها علي المراهقين الذين يستعملون المواد المنشطة. كما عدم انطباق المســـتويات الدنيا من العجز أو الاضطراب على الرغم من إدراك النمط غير المتكيف مـــن الاستخدام قد يخفض عدد المراهقين الذين ينطبق عليهم معايير (DSM-IV) لتشخيص سوء استخدام المواد .

وبالنسبة لمعايير تشخيص الاعتماد علي المواد الواردة في (DSM-IV) ، فإن حذف المعايير الخاصة بتكرار التسمم أو أعراض الانسحاب عند توقـــع فشل الفرد في إنجاز الجزء الأكبر من تعهدات العمل، أو المترل، أو المدرسة قـــد يخفض أيضاً عدد المراهقين الذين ينطبق عليهم معايير تشـــخيص الاعتمـــاد . حيث لاحظ (هاليكاس Halikas, 1990) أن تعاطي الكحول في المدرســـة أو التعاطي مع أخذ العقاقير أثناء الهروب منها أو حتى تركها نتيجة للتعـــاطي، يعد من السلوكيات الشائعة جداً والتي يمكن ملاحظتها بين المراهقين الذيـــن

يعانون من مشكلات تعاطي الكحول أو العقاقير الأخــــرى. وفي (DSM-IV) ، فإن تداخل معايير استخدام المواد مع إنجـــاز الــــدور قــــد تم ترجمتــــه لتشخيص سوء استخدام المادة ،لأنه يعد مثال لنمط الاستخدام السيئ للمـــواد، وعلى أية حال، فلقد تم تغيير صياغة البنود للوفاء بمتطلب الفشل في إنجـــاز دور التعهدات الرئيسي نتيجة الاستخدام بدلاً من الاستخدام المتكرر كمــــا هــــو متوقع من إنجاز دور التعهدات الرئيسي خلال المعايير التشــــخيصية لإدمـــان المواد النفسية الواردة في (DSM-III-R) ، وهذه التغيرات الأساســــية في المعايير التشخيصية الواردة في (DSM-IV) للاعتماد علي المواد تبتعد كثـــيراً عن سلوكيات تعاطي المواد وتقترب من علامات اضطراب الوظائف النفســـية الاجتماعية psychosocial dysfunction ، وهذا التغيير قد يكون أكـــثر دلالة في تشخيص المراهقين كمستخدمين للمواد، وبالتالي فإن الســــلوكيات المرتبطة بذلك قد تكون أكثر تعلقاً ووضوحاً بالاضطراب الوظيفي الذي يتـــم إسناده بشكل مباشر إلى سوء استخدام المواد .

وبإيجاز يوجد نقص في البحوث التي تدعم صدق أو ثبات الجهود الـــتي بذلت في الماضي أو في الوقت الحالي لتصنيف المراهقين،كما أن الفرض القـــائل بصلاحية تطبيق معايير (DSM-III-R) أو معايير (DSM-IV) الخاصــــة باضطرابات استخدام المواد علي المراهقين يتطلب دعماً من خلال معطيـــــات البحث. وعلي الرغم من التأكيد على أهمية استخدام المــــواد في إحـــداث أو تفاقم الاضطرابات النفسية الاجتماعية، إلا إن الباحثين لم يؤسســـوا قواعـــد

لمعايير الحالة التي تميز بين سوء استخدام المواد والاعتماد عليها في مرحلة المراهقة .

**سوء استخدام المراهقين والبالغين للمواد : هل هو اضطراب مماثل ؟**

يفترض الكثيرين بأن معايير تشخيص اضطراب استخدام البالغين للمواد تنطبق علي المراهقين الذين يعانون من هذا الاضطراب. والفرض القائل بأن استخدام المواد لدي كلا المراهقين والبالغين هو اضطراب مشابه إلي حد ما وناتج عن نفس العملية الباثولوجية. هل ما نعرفه حقاً ما إذا كان حالة :

اضطراب سوء استخدام المواد لذي البالغين هو نفس الاضطراب لدي المراهقين أم أنهما يمثلان اضطرابات مختلفة في جوهرها مع وجود نوع من التشابه في الناحية الظاهرية ؟ وتمثل الدراسات التي أجريت علي المجتمعات التي لها تاريخ مزمن في سوء التعاطي، والتي يتناول أفرادها المواد النفسية منذ المراهقة وحتى مرحلة الرشد أحد الطرق للإجابة علي هذا السؤال، ولقد اقترحت بعض الدراسات بأن المراهقين "الذين يعانون من التعاطي المشكل problem drinkers " هم من أبناء البالغين الذين نموا وهم يعانون من إدمان الكحول (دونوفان، جيسور وجيسور، & Donovan, Jessor, Jessor, 1983). كما كشفت نتائج دراسات أخرى عن وجود دليل علي عدم الاستمرار في حالة التعاطي بين ما نسميهم بالشاربين المشكلين في مرحلة المراهقة والشاربين المشكلين في بداية سن الرشد (جيسور، Jessor, 1984)

، وكشفت نتائج بعض الدراسات عن عدم وجود علاقة تنبؤية بين حالة الشرب في بداية مرحلة البلوغ والشرب المشكل في منتصف العمر ( كاهالان و سيسين، (Cahalan & Cisin, 1976؛ (فيلمور،1974 (Filmore, 1974)، كما أن تكرار الاستخدام الشديد في مرحلة المراهقة والمشكلات الناتجة عنه قد تظهر نتيجة للمعيار الذاتي ولا يعد مؤشر جيد علي إدمان الكحوليات في مرحلة البلوغ ( بلان، Blane,1976) وعلي نحو مشابه، فإن أنماط التعلق بالماريجوانا والعقاقير المحظورة الأخرى قد تصل إلي أقصي حد لها في مرحلة المراهقة المتأخرة (كانديل ولوجان Kandel & Logan, 1984). كما يوجد تباين في عدد من مظاهر استخدام المواد، تشمل أنماط الاستهلاك، ونتائج الاستخدام، والتدرج في الاستخدام وحده بين البالغين والمراهقين، ولقد لاحظ (بلان Blane,1976) أن حدة chronicity وانتشار استخدام الكحول يميز عدد الأفراد الذين يتعاطون الكحول بدرجة كبيرة (المفرطين في الشراب) في بداية مرحلة الرشد عن الكحوليين في منتصف العمر، كما توجد أنماط أخري من التعاطي مشابهة ولكنها غير متكررة أو سائدة بين المراهقين، ولقد لاحظ (ويتشسلر Wechsler 1979 ) فروقاً مشابهة في أنماط الاستخدام بين الشباب والبالغين، وأن حدة اضطراب استخدام الكحول لم يتم دعمه من خلال التراث ( كلارك ويدانيك، Clark & Widanik, 1982) كما أن العديد من أعراض سوء الاستخدام والاعتماد التي تظهر في مرحلة المراهقة وبداية سن الرشد تعود إلي الظهور مرة أخرى خلال فترات الحياة وبشكل متزامن، ولقد تم وصف بعض

تعريفات إدمان الكحول دون التعرض لتطورها (الجمعية الأمريكية لطب الإدمان، American Society for Addiction Medicine) 1990. وهناك عدد من الدراسات التي تؤكد بشدة على النضج أو عملية النمو كعنصر أساسي للتاريخ الطبيعي الذي يتباين نتيجة لسوء استخدام المواد الملاحظ في مرحلة البلوغ التالية ( بوكشتاين وكامنير، Bukstein & Kaminer, 1993).

**صياغة تعريف سوء استخدام المواد في مرحلة المراهقة**

إن أي محاولة لتطوير تصنيف تشخيصي ثابت وصادق، لاضطراب سوء استخدام المواد لدي المراهقين ، يتطلب من الفرد أن يأخذ في اعتباره الهدف أو الغرض الأساسي من التشخيص. ويقترح (ميلون Millon) 1987 أربعة أهداف رئيسية للتشخيص هي :(١) التواصل الثابت الذي يسمح بتبادل المعلومات المفيدة حول المرضى،

**(٢)** التزود بالمعلومات المرتبطة بحدوث المشكلة، **(٣) التزود بالتدريبات الإكلينيكية** المفيدة عن طريق الوصف **التاريخي للمشكلة أو** التحديد **المثالي لها ،وهذا يعد دليلاً** جيداً لاتخاذ قرارات **العلاج، (٤) التزود بإطار محدد لتنظيم واستخدام بيانات البحث .**

**ولسوء الحظ، هناك عديد من الأنظمة التشخيصية يتم الاستعانة بها في تشخيص سوء استخدام المواد من قبل المراهقين ولكن ليس لها أساس تجريبي؛ أو لا توجد دراسات لتطوير قيمة هذه الأنظمة التشخيصية من**

حيث وصف النتائج وفصل المظاهر عن بعضها بصرف النظر عن حالة المراهق الذي يسئ استخدام المواد، أو ما هو المصطلح الذي يمكن استعماله ؟ . ويمكن وضع قاعدة للتعريفات الإجرائية لسوء استخدام المواد من قبل المراهقين بناء علي عدد من المتغيرات (باندنا Pandina, 1986) هي: (أ) المستويات المتطرفة من استخدام العقار أو تعاطي الكحول في صورة عدد من المصطلحات التي تدل علي كمية وتكرار الإستخدام أو تكرار مرات حدوث التسمم، (ب) المعايير المستندة علي " الأعراض " سلوكيات الاستخدام، (ج) النتائج السلبية المفترضة والناتجة عن استخدام المواد. والقاعدة الأساسية الأولي الممكنة للتشخيص هي المستويات المرتفعة من كمية وتكرار الاستخدام، إلا أن هذه القاعدة لها فائدة محدودة عند الاعتماد عليها فقط وإهمال العوامل الأخرى . فمن خلال النظر علي البيانات المسحية يتضح أن ٣٠ ٪ من طلاب الصفوف المتقدمة في المدارس الثانوية يشربون كميات كبيرة من الكحول مرة واحدة في نهاية كل أسبوعين ( دونوفان و جيسور، Donovan & Jessor, 1978)، كما أشارت نتائج الدراسات الاستطلاعية الوبائية إلي طول فترة اضطراب سوء استخدام المواد خلال مرحلة المراهقة (أنظر الفصل الثالث).

ولتقييم الحالة الباثولوجية للسلوك مع مثل هذا التعلق الشديد يصبح التشخيص مشكوك فيه، وبالتالي يفضل ملاحظة العديد من هذه الحالات في إطار مدي واسع من سلوك المراهق وتطوره الطبيعي ضمن سياق مجتمعنا الحديث.

والقاعدة الأساسية الثانية التي يمكن الرجوع إليها كمحك لتشخيص المراهق والمستندة على الأعراض السلوكية symptomatic behaviors ، تفضل الاعتماد على المقاييس التي تعتمد على كل من الكمية والتكرار، أو عن المشكلات الشديدة المتطورة الناتجة عن سوء استخدام المواد كأعراض الانسحاب أو المشكلات الطبية الناتجة عن الاستخدام والتي نادراً ما تظهر على المراهقين. وعلى أية حال، فإن الأعراض السلوكية الناتجة عن الاعتماد النفسي ، مثل العجز في التحكم ، واللهفة والإنشغال الشديد بالتعاطي، لم تدرس بشكل جيد لدي المراهقين.

والخيار الثالث الذي يعد قاعدة لتعريف سوء استخدام المواد يتمثل في وجود النتائج السلبية للاستخدام ، فتعريفات (DSM-III) ، (DSM-III-R) ، (DSM-IV) لسوء التعاطي لدي المراهقين، تستند بشكل كبير على وجود أنماط من النتائج السلبية. حيث يعد العجز في أشكال الوظائف هي القاعدة العامة لمفهومنا عن المرض، ومن ثم فإن أكثر الأنظمة التشخصية تستخدم العجز كقاعدة في واحد أو أكثر من معاييرها . وعلى أية حال يعد تعريف سوء استخدام المراهق للمواد الذي يستند على العجز الوظيفي أو النتائج السلبية مشكلة لأن تضمين معايير العجز في الوظائف الاجتماعية غالباً ما يفترض تلك النتائج الاجتماعية السلبية علي أنها نتيجة لسوء استخدام المواد وليست بسبب وجود أو استمرارية عوامل مترسبة كالاضطرابات السيكاترية أو الانحراف الوظيفي الأسري، كما أن النتائج الاجتماعية للمراهقين تختلف عن النتائج المستمدة من قبل البالغين المجربين،

واستناداً إلى عمرهم وحالتهم القانونية، يكون استخدام الكحول والعقاقير من قبل المراهقين غير مشروع من الناحية القانونية ، ومن ثم تأتي بعض النتائج السلبية نتيجة للتحريم القانوني أكثر من كونه نتيجة للتعاطي بشكل واضح للمواد .

وغالباً ما ينسب الوالدين أو البالغون الآخرون العديد من مشاكل المراهق أو أغلبها إلى استخدام المواد وهذا قد يطغي علي أكثر المشكلات السلوكية الأخرى الأكثر ظهورا، كما أن التناقض الناتج عن التحمل المحدود للأسرة والتوقعات الأسرية المتشددة، أو عدم تحمل المراهق الذي يستخدم أي مادة قد يؤثر في عدد من العوامل الأخرى كالانتساب الديني للأسرة ، والأعراف الثقافية السائدة ومستوى الإشراف علي المراهق، بالإضافة إلى عدد آخر من العوامل النفسية الاجتماعية والعوامل الاجتماعية الاقتصادية. كما أن المشكلات السائدة في الأسر التي بها مراهقين يسيئون استخدام المواد قد تكون وظيفة لهذه المتغيرات بدلاً من تعاطي المراهق أو استخدامه للعقار في حد ذاته.

وفي محاولة لتوضيح الدرجة القصوى للمشكلات المرتبطة بتعاطي الكحول أو العقاقير الأخرى في هذه المجموعة العمرية، وجد أن من مهام النمو للمراهق التي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار، الإنجاز والحكم الذاتي والاستقلالية. فالمراهقون الصغار ليس لديهم الفرصة للتعاطي وتكرار هذا

التعاطي كالبالغين وذلك نتيجة لزيادة مستوى الإشراف في المدرسة على المراهقين ، وعدم أو قلة توفر الوسائل التي تمكنهم من شراء الكحول، والتحريم القانوني ضد استخدامهم أو شرائهم للمواد. ومع زيادة ، استقلالية المراهق وتوفر الفرص، تزداد معدلات تعاطيه بدرجة أكبر حتى تصل إلى ذروتها ( كلارك ويدانيك، Clark & Widanik, 1982) ، وعلى نحو مشابه تزداد معدلات المشكلات المصاحبة لهذا التعاطي حتى تبلغ ذروتها أيضا. ومع تطور النضج الطبيعي وزيادة المسؤولية الاجتماعية تقل النتائج السلبية في المراحل اللاحقة نتيجة ولكن بشرط عدم التدرج في استخدام المواد وهذا ما يحدث بعد سن الرابعة والعشرين ( دونوفان، جيسور وجيسور، Donovan, Jessor, & Jessor, 1983 ). كما أن البالغون الصغار لديهم مقدرة جيدة في معالجة مشكلة التعاطي ونتائجها بأسلوب مقبول اجتماعياً ( كانديل ولوجان، Kandel & Logan, 1984 ) .

وعلى الرغم من هيمنة النموذج المرضي المبدئي للإدمان، إلا أن استخدام المواد أو سوء استخدامها قد يكون إشارة حقيقية واضحة في كثير من الحالات.على سبيل المثال، أشار بحث (دونوفان وجيسور Donovan and Jessor 1978) إلى أن مشكلة التعاطي تعد جزء واحد فقط من عدد كبير من أعراض اضطراب انحراف السلوك بين المراهقين. وعلى نحو مشابه يجب أخذ المتغيرات النفسية الاجتماعية في الاعتبار عند حسم كثير من الخلاف في مشكلة التعاطي ويمكن توضيح ذلك من خلال استخدام كل من الماريجوانا والسلوكيات المنحرفة الأخرى. فالمجموعات الفرعية من المراهقين الذين

يستخدمون المواد ربما لا يعانون من " المرض " ولكن بالأحرى فإن أفضل وصف لهم هو أنهم منتهكون للمعايير أو القواعد الاجتماعية .

## نمو المراهق والتشخيص Adolescent Development and Diagnosis

هذا الفصل يصف عدد من الاختلافات الواضحة بين استخدام المواد لدي المراهقين والبالغين. وهذه الاختلافات تشتمل على: (أ) عدم الاستمرارية بين مشكلة استخدام المراهق وسوء استخدام البالغين والاعتماد (ب) وجود فروق في أنماط ونتائج الاستخدام، (ج) وجود فروق في السياق الاجتماعي، والأقران ،والسياق التطوري للاستخدام. والاختلاف الأخير أو السياق الاجتماعي والنمائي لاستخدام المواد في مرحلة المراهقة يكون أساسياً لفهم أنماط تعاطي المراهق أو سوء استخدامه واعتماده، وصياغتها بصورة عملية ومنهجية صحيحة،

والحاجة لمعيار نمائي ومحدد، واضطرابات سوء استخدام المواد لابد من دعمه من خلال التراث الموجود ومن خلال المنظور الاجتماعي النمائي لسوء استخدام المواد . وهذا المعيار يعتمد على المعيار الكمي للتكرار والكمية، أو طول فترة التعاطي كما يجب تعديله طبقاً للعمر الزمني ومستوى النمو. وعلى نحو مشابه، فإن صدق نظام التصنيف في قياس مشكلات استخدام المواد يجب أن يعكس فروق النمو الواضحة .

## التشخيص في الجلسات الإكلينيكية Diagnosis in Clinical Settings

سوف يستمر النقاش المستند على البحث حول التعريفات الفرعية الملائمة لسوء استخدام المراهق للمواد. وهذه الجهود يحتمل أن تكون عديمة الجدوى ما لم يأخذ الباحثين في اعتبارهم التأثيرات البسيطة خلال جهودهم المنصبة علي الإمدادات العلاجية. والعديد من البرامج العلاجية تجري من قبل متخصصين قاموا بالاستعانة بالإطار المستمد من قبل مدمني الكحول المجهولين Alcoholics Anonymous (AA) كما أن مفهوم المرض الوحيد البديل عن مفهوم الإدمان تم الاستعانة به من أعراض الاعتماد الكحولي أو (DSM-III-R) و (DSM-IV). وفي التراث التخصصي الشائع، تكون التعريفات الإجرائية الموجزة والواضحة، لسوء استخدام المواد أو الاعتماد من قبل المراهقين، أو المعايير التشخيصية محدودة ونادرة. والمسميات العامة مثل "إدمان الكحوليات alcoholic " أو " الاعتماد الكيميائي chemically dependent " تكون كثيرة ومستندة على تعريفات فارغة، لأنها تعريفات عامة ، كما أنها تجعل التمييز بين تشخيص سوء استخدام المواد من قبل البالغين والمراهقين أمراً نادراً.

ومن ثم تكون هناك احتمالية في خفض أهمية الجماعة العلاجية وذلك بسبب الاستعانة بأكثر من معيار نوعي أو بمفاهيم تشخيصية شائعة، وهذا قد لا يمد الباحثون بأي فائدة في إدراكهم لتقييم العلاج أو نتائجه. وإذا كان الزي الموحد، للنظام التشخيصي يكون محدداً لسوء استخدام المراهق للمواد فإن

ذلك سوف يؤدي إلى تبنيه من قبل المجتمع العلاجي من سوء استخدام المـــواد، كما يجب أن يكون التشخيص عمليا وفي صورة مفاهيم تعريفية للمراهقـــين المستهدفين، واختيار النماذج العلاجية، والتنبؤ بنتائج العلاج.

- **التطبيقات الإكلينيكية لمعايير (DSM-IV) على المراهقين**

- من مستوي المعلومات المتوفرة لدينا حالياً حول سوء استخدام المـــواد من قبل المراهقين، فإن الطبعة الجديدة و"المعدلة" مـــن الدليـــل الإكلينيكـــي الإحصائي التشخيصي للاضطرابات النفسية (DSM-IV) قد يمثل مســـاومة معقولة لكل التشخيصات الموجودة لاضطرابات سوء استخدام المواد وذلـــك لأنه يمثل الطريق الأكثر صدقاً والأكثر أهمية من الناحية المنهجية للمراهقـــين. فالاعتمـــاد علـــي المـــواد النفســـية *Psychoactive substance dependence* يمثل أحد مستويات "سوء الاســـتخدام" ضمـــن محتـــوي يشتمل على عدد من النتائج السلبية بالإضافة إلى الإشارات، والأعـــراض، أو سلوكيات التي تشير إلي الاعتماد الجســـمي والانشـــغال بـــالمواد النفســـية والاستخدام القهري لها . ويمثل سوء استخدام المواد النفسية مستوى أقل مـــن سوء الاستخدام الذي يشير إلي وجود النتائج السلبية المباشـــرة للاســـتخدام. وعن طريق الاستعانة بهذه التعريفات كنقطة انطلاق، تمكننا من استكشـــاف المعايير المحددة من DSM-IV وتجعلنا نركز على ما يتعلـــق بكـــل المعايـــير التشخيصية للمراهقين.

## الاعتماد علي المواد *Substance Dependence*

يتميز الاعتماد علي المواد بأنماط من سوء التكيف لاستخدام المـــواد ، ويؤدي ذلك إلي العجز الواضح والدال إكلينيكيا او الاضطراب مـــع وجـــود ثلاث معايير تشخيصية تحدث بشكل متزامن في أي وقت خـــلال فـــترة لا تتجاوز اثنتا عشر شهراً. والاعتماد علي المواد يميزه أيضاً حضـــور أو غيـــاب التحمل أو الانسحاب، الذي يشير إلي وجود أو عـــدم وجـــود الاعتمـــاد الفسيولوجي، على التوالي.

### ١ـ التحمل *Tolerance*

يعرف علي أنه الحاجة الزيادة الدالة في كميات المواد للحصول علـــي التأثيرات النفسية المرغوبة أو زيادة شدة التأثيرات التي تقل باســـتخدام نفـــس كمية المواد . والمستويات المتطرفة من التحمل التي تظهر من خلال اســـتخدام الكميات الكبيرة لمادة معينة تكون دليل علي المستويات الأكثر تقدمـــاً مـــن الاستخدام. وربما يمثل التحمل أيضاً إلزاماً للتعـــاطي إلى الحـــد الـــذي يتـــم الحصول عنده علي التأثير المرغوب الذي تم الحصول عليه من قبل .

والتحمل شائع جداً لأي متعاطي في كثير من المـــواد المســـتخدمة والـــذي يستخدم أكثر من المستويات المعتدلة جداً منها فيما بعـــد. وبينمـــا تكـــون المساعدة عند المستويات المتطرفة من الاستخدام (علي سبيل المثـــال، المراهـــق

الذي يحتاج إلي كوب واحد من البيرة أو الذي يحتاج إلي خمس كؤوس من الويسكي المعتق لكي يحصل علي حالة التسمم، لأن التحمل عند المستويات المنخفضة أو المعتدلة من التعاطي ربما تكون غير مفيدة بدرجة كبيرة كمعيار تشخيصي لتمييز سوء استخدام أو الاعتماد علي المواد عن مستويات الاستخدام الغير مرضية .

**١. الانسحاب *Withdrawal***

يشير الانسحاب إلي وجود الخصائص المميزة أو المحددة لعرض الانسحاب من مادة نفسية معينة، أو تعاطي مادة أو مواد مشابه لاستبعاد أو تجنب أعراض الانسحاب، ووجود أعراض الانسحاب والاستخدام المستمر للمواد لتجنب الانسحاب يكون دليل علي تأكيد الاعتماد الفسيولوجي . وقد تكون أعراض الانسحاب الدالة نادرة الحدوث بين المراهقين، حتى بمعايير الاعتماد الآخر،إلا أنه يجب علي الإكلينيكي أن يستفسر عن وجودها.

**٢. اخذ المادة بكميات أكبر أو لفترات أطول عن ما قد حدده الشخص .**

هذا المعيار التشخيصي يشير إلي فقدان سيطرة الفرد وعدم القدرة علي التحكم، فعند بداية حلقة استخدام المادة ، قد يصبح من الصعب، إذا لم يكن من المستحيل، أن يسيطر المراهق على استخدامها أو يتوقف نهائياً عن استخدامها على الرغم من وجود نية مبدئية للسيطرة أو الامتناع.

**استمرار الرغبة أو فشل الجهود المبذولة لخفض استخدام المواد أو السيطرة عليها**

ويتمثل هذا العرض في عدم القدرة علي السيطرة في استخدام المواد على الرغم الجهود المبذولة في السابق لمنع استمرار استخدام المواد ،أو منع حدوث الانتكاس ، أو الخبرات العلاجية السابقة، وعلى الرغم من التذكر الزائد من قبل الفرد ،أو يكون الاستخدام الباثولوجي إشارة أخرى علي فقدان السيطرة، ولسوء الحظ، يكون تذكر المشكلات المرتبطة بسوء استخدام المواد، والجهود المبذولة السابقة من قبل المراهقين لترك هذه المواد نادرة، وهناك العديد من المراهقين ممن يسيئوا استخدام المواد قد يقرون بمحاولتهم لخفض الاستخدام، أو التحرر من الاستجابة لضغط الأسرة أو الأقران، أو من النتائج السلبية كالتوقف عن امتلاك المواد أو عدم القيادة وهم تحت تأثير المواد.

٢. **إهدار الوقت اللازم في الأنشطة الضرورية وبدرجة كبيرة للحصول علي المادة، واستخدامها ، أو استعادة تأثيراتها.**

الانشغال باستخدام المادة وما يرتبط به من سلوك يكون دليلاً علي أن المراهق قد بدأ في استخدام المادة أو أنه قد استخدمها بشكل اعتيادي خلال حياته، وفي الحالات الحادة تدور كل أنشطة الشخص اليومية حول استخدام أو إعادة استخدام المادة عملياً.

**٥. زيادة أو نقصان الأنشطة الاجتماعية والمهنية أو الترفيهية الهامة، بسبب استخدام المادة .**

الإهمال أو الانسحاب من الأنشطة السابقة المرغوبة والمهمة توضح أيضاً الاستغراق في استخدام المادة

**٧. الاستمرار في استخدام المادة على الرغم من المعلومات التي يعرفها المراهق عن استمرار أو تكرار حدوث المشاكل النفسية أو الاجتماعية ، أو الجسدية التي نتيجة استخدام أو إساءة استخدام المادة .**

عدم القدرة على الامتناع أو خفض القدرة على الاستخدام على الرغم من النتائج السلبية في مجال أو أكثر من مجالات حياة المراهق يدعم مفهوم فقدان السيطرة علي الاستخدام، وانطباق هذا المعيار يتضمن مسح قائمة النتائج السلبية وتكرار حدوثها بمصاحبة أو التي تأتي بعد استخدام المادة ، وقد لا يعترف المراهق بشكل محدد بحدوث هذه النتائج السلبية أو قد ينكر عزو هذه النتائج إلي استخدام المادة .

وتوجد أربع طرق تم تعيينها من قبل متخصصين يمكن الاستعانة بها فقط في حالة عدم وجود أي من المعايير السابق ذكرها خلال شهر واحد على الأقل. كما يمكن الأخذ بالمعاينة المبدئية الكاملة ***remission*** أو المعاينة المتطورة الكاملة في حالة عدم انطباق أي من المعايير خلال فترة المعاينة ، ويعتمد ذلك على طول الفترة التي انقضت منذ عدم ظهور أي معايير كانت موجودة من قبل . كما يمكن الأخذ بالمعاينة المبدئية الجزئية ***Early partial***

*remission* والمعاينة الجزئية المتطورة*sustained partial remission*
بعد انقضاء فترة المعاينة الكاملة (على الأقل بشهر واحد)، وإذا انطبق على واحد على الأقل من معايير الاعتماد . كما أن حالة مقاومة العلاج ***On agonist therapy*** أو حالة البيئة المسيطرة ***controlled environment*** تشكل إضافة متخصصة **specifiers**. كما يعد الطريق الأخير ملائماً للتطبيق على العديد من المراهقين ممن يسيئون استخدام المواد الذين لهم أماكن إيواء **placements** . بينما يكون عدم انطباق معايير الاعتماد خلال فترة زمنية محددة ، يكون بسبب نيتهم في استخدام المواد ولكن يتم السيطرة عليهم بواسطة وصول هذه المواد بكميات محدودة لأماكن إيوائهم .

**سوء استخدام المادة *Substance Abuse***

يعرف سوء استخدام المواد خلال **DSM-IV** على أنه نمط غير متكيف من الاستخدام يؤدي إلى العجز الدال والاضطراب، ويظهر ذلك من خلال انطباق واحد على الأقل من الأربعة معايير التالية خلال سنة واحدة.

**١ . الاستخدام المتكرر الذي يؤدي إلى العجز أو الفشل في القيام بالأدوار الرئيسية في العمل، أو المدرسة، أو المنزل .**

ويشتمل هذا المعيار على العجز الاجتماعي، أو المهني، والعجز النفسي، المرتبط باستخدام المواد، ويجب على الإكلينيكيين أن يكونوا حذرين عند فحصهم لهذه السلوكيات فقط أو عند فحصهم لحالات الاضطراب الوظيفي

المنسوب بشكل مباشر لاستخدام المواد من قبل المراهق. كما أن الفشـــل في أداء تعهدات الدور الرئيسية تؤكد مرة أخري على استخدام الفـــرد للمـــواد كما تؤخذ علي أنها نقطة جوهرية تؤثر على حياة الشباب وهـــذه الوحـــدة المعيارية تدخل ضمن معايير التصنيـــف التشـــخيصي للـــDSM-III-R لاعتماد علي المواد النفسية .

**٢.تكرار الاستخدام خلال المواقف الفيزيقية الخطرة . *Recurrent use situations in physical hazardous***

قيادة السيارة أو المشاركة في الأنشطة الترفيهية كالسباحة تحت تأثير المواد مـــن الأمثلة الشائعة للاستخدام خلال المواقف الخطرة. كما أن تكرار الاســـتخدام خلال هذه المواقف يعد دليلاً قوياً علي الاستخدام على الرغـــم مـــن عـــامل الخطورة الكامن فيها .

**٣.تكرار استخدام المواد المرتبط بالمشـــكلات القانونيـــة. *Recurrent substance use-related legal problems***

فتعاطي الشخص القاصر يعد حالة إساءة وتوقيف المراهق المتعاطي لا يكـــون بالضرورة بسبب عامل الخطر الفوري الواقع عليه أو علي الآخرين بقدر مـــا يكون بسبب صغر سنه، وعلى أية حال، فإن نمط استخدام المـــواد المرتبطـــة بالإساءة يجب اعتباره نمط استخدام غير متكيف .

٤. الاستمرار في استخدام المواد على الرغم من استمرار حدوث مشكلات التفاعل الاجتماعي أو البينشخصي الناتجة عنه.

هذه الوحدة تعد استمراراً للتركيز العام علي سوء استخدام المواد ، وهو الاستخدام المتكرر لمادة أو مواد على الرغم من النتائج السلبية التي تحدث بسبب هذا الاستخدام، ومن الأمثلة الشائعة بين المراهقين العراك الجسمي، والصراع مع الأسرة ، أو الأقران، أو الآخرين وهم تحت تأثير المواد ، أو الصراع بين أفراد الأسرة، والذي يدور حول استخدام المراهق لهذه المواد .

**أنماط من أعراض سوء استخدام المواد من قبل المراهقين**

ما مدى تناغم معايير DSM-IV فيما بينها لتشخيص سوء استخدام المراهقين للمواد النفسية أو اعتمادهم عليها ؟ بفحص عينة من ١٨١ مراهق متعاطي، وجد مارتن وزملاؤه Martin and colleagues (تحت النشر ) أن العدد الجوهري من المفحوصين الذين يعانون من الاعتماد علي الكحول تنطبق عليهم معايير التحمل، والتي تتمثل في تعاطي كميات كبيرة من الشراب، وقضاء وقت كبير في التعاطي، وعدم القيام بالأنشطة الاجتماعية المرتبط بتعاطي الكحول، وتكرار المحاولات الفاشلة للتحرر من الكحول. كما ظهرت بعض مستويات أعراض الانسحاب من الكحول لدي ٢٣ ٪ فقط من المراهقين الذين شخصوا علي أنهم يعانون من الاعتماد عليه، كما كان هناك نسبة معوية كبيرة نسبياً، لكنها أقل من النصف الذي قد أدمنوا الكحول في مرحلة البلوغ التالية، كما كانت أعراض التحمل أقل تميزاً

في تشخيص الاعتماد مقارنتة بمعايير تشخصيه الأخرى، كما لوحظ وجــــود مشكلات أو عجز في إنجاز متطلبات الدور بشكل متكــــرر داخـــل النطـــاق الأسري، ثم يليه عجز في محيط الأقران، وفي المحيط المدرسي، كما وجد عـــدد المشكلات القليلة داخل نطاق العمل، ولقد أشـــارت التقـــارير إلي حـــدوث المشكلات داخل نطاق المدرسة قد يرجع إلي انخفاض عدد المشكلات الـــتي تم رصدها في الفترة السابقة لتواجد الشخص بعيدا عن المدرسة أو بسبب عــــدم الانتظام في المدرسة نتيجة لنمط سوء الاستخدام ، كما وجد تباين في أنمـــاط أعراض سوء استخدام الكحول بين المراهقين الذين شخصوا علي أنهم يعـــانون من سوء استخدامه ، ولقد ارتبطت أعراض إدمان الكحول بمقاييس اســـتهلاك الكحول ولكن بدرجة ضعيفة .

وعلي الرغم من عدد المراهقين الدال الذين يعـــانون مـــن الاعتمـــاد علـــي الكحول ممن ينطبق عليهم معيار اللهفة والذين قد بلغـــت نســـبتهم (٣٥,٥ ٪)، إلا أنه من غير المؤكد الحكم علي فائدة هذه النسبة من المراهقين بســـبب التغير النمائي الدال الذي يجب أخذه في الاعتبار عند عملية الفحص .

**الخلاصة**

بغض النظر عن ما إذا كانت أحد الاختيارات لتسمية النمـــط البـــاثولوجي لسوء استخدام المواد من قبل المراهقين، فإن مثل هذه الأنماط قد تـــؤدي إلي عدد من الاضطرابات الوظيفية في واحد أو أكثر من مجالات الحياة

وأيضا إمكانية إحداث نمط الاستخدام المرتبط بالسلوك والذي يتضح من خلال الانشغال الدائم باستخدام واحد أو أكثر من المواد النفسية . وقبل قيام الفرد بتحديد أو تشخيص أو تسمية اضطراب استخدام المواد ،وأيضاً سوء استخدامها أو الاعتماد عليها، يجب أن يأخذ في اعتباره دور وسياق النمو في استخدام هذه المواد من قبل المراهق. والمشكلات المصاحبة والمتكررة الأخرى كالسلوك المنحرف ، والاضطرابات النفسية ، والضغوط البيئية، والتي من الممكن أن تشوه الاعتقاد القائل بأن الاضطراب الوظيفي يكون نتيجة للدخول بصورة كلية أو جزئية إلى استخدام المواد كبديل للمشكلة المصاحبة .

هل يوجد أو لا يوجد ما يسمي بمشكلة سوء استخدام المواد ؟ بصورة مطلقة ، يجب أن يكون استخدام المواد مرتبط بالعجز أو الاضطراب الوظيفي في واحد أو أكثر من مجالات الحياة، وترتبط بصفة ثانوية بنمط استخدام المواد، وعلي الرغم من ملاحظة استمرار المراهقين في أنماط الاستخدام، فأنه من الضروري توافر بعض أوجه الاختلاف والمسميات لوصف المستوى المرفوض من استخدام المواد كشرط أساسي لتعريف المراهقين الذين يحتاجون إلي العلاج أو التدخل. ولكي يتم استخدام علامات تشخيصية بأسلوب عملي ملائم ، يجب علي الإكلينيكيين والباحثين أن يكونوا مدركين لكل من نواحي القوة والضعف في الأنظمة التشخيصية الحالية.

# الفصل الثالث

# الدراسات الوبائية

# الفصل الثالث

## الدراسات الوبائية

في الفصل الأول تتبعنا الاختلافات الدالة في استخدام المواد من قبـــل المراهقين خلال المراحل الأولي من تاريخ الولايات المتحدة . وخلال النصـف الأول من القرن العشرون نجد أن استخدام أو سوء استخدام المواد قد وجـد بدرجة دالة داخل قطاع صغير جداً من الشــباب. ونتيجـة للاضطرابـات الاجتماعية. زاد سوء استخدام العديد مـن المـواد المتاحـة، كمـا زادت تساؤلات السلطة عن مدي تفشي هذه الظاهرة مما أدي إلي حـث ودعـم عدد كبير من المقاييس مع بداية الستينات إلا إن المعلومـات عـن زيـادة استخدام المراهقين للمواد لم تبدأ إلا خلال هذه الفترة ،وذلك عـن طريـق إجراء عدد كبير من المقاييس الاستطلاعية علي نطـاق واسـع للمراهقـين وسلوك تعاطيهم للمواد .

### الدراسات المبكرة: خلال الستينات والسبعينات من هذا القرن

قام (ويكسلير Wechsler, 1979) بدراسة استهلاك الكحول بين الطـلاب في الصف السابع وحتى الصف الثاني عشر في نيوإنجلانـد England New في عـام ١٩٦٥ ثم أعـاد الدراسـة في عـام ١٩٧٤، ووجـد أن ٤١ ٪

٪ من هؤلاء الطلاب قد أقروا بتكرار تعاطي البيرة في عام ١٩٦٥ ، وعـــام ١٩٧٤ . وهذا التكرار كان يعرف علي أنه تعاطي ١٢ مرة أو أكـــثر (١١ مرة أو أكثر في عام ١٩٧٤)، وأن من ٢٣٪ إلي ٢٦ ٪ مـــن الأولاد قــد أقروا بأنهم قد بتعاطي النبيد والمشروبات الروحية بشكل متكرر على التـــوالي في عام ١٩٦٥، كما أقر ٣٤٪ من الذكور بأنهم قد مروا بحالـــة الســكر أو التسمم علي الأقل مرة واحدة من الكحوليات خلال عـــام ١٩٦٥. وهـــذا النسبة من تعاطي الكحول قـــد زادت إلي ٧٠ ٪ خـــلال عـــام ١٩٧٠، وبالنسبة لتعاطى الإناث في الصفوف من التاسع وحتى الثاني عشـــر خـــلال عام ١٩٦٥، أقر ١٦٪ منهن بتعاطي البيرة بشكل متكرر ، كما أقـــر ١٥٪ منهن بتعاطي النبيذ، و١٣ ٪ بتعاطي السوائل المقطرة . ولقـــد زادت هـــذه النسب إلى ٣٦ ٪ بالنسبة لتعاطي البيرة، و ٢ ٪ لتعاطي السوائل خلال عـــام ١٩٧٤. كما زادت نسب حدوث حالات التسمم بين الإناث مـــن ١٤ ٪ في عام ١٩٦٥ إلي ٦٩ ٪ في عام ١٩٧٤. وبالنسبة للتلاميذ الأصغر ســـناً في الصفين السابع والثامن زادت معدلات التسمم بينهم في الفترة الواقعـــة بـــين

١٩٦٥ إلى ١٩٧٤ فبلغت من ١٤٪ إلى ٣٣ ٪ للذكـــور و مـــن ٨ ٪ إلى ٢٧ ٪ للإناث .

وقد أجـــرى راتشـــيل وزمـــلاؤه ( راتشـــيل، هوبـــارد، وليـــام ، وتوتشفيلد Rachel, Hubbard, William, & Tuchfield. 1976) دراسة قومية عن ســـلوك الشـــرب في عـــام ١٩٧٤ بنـــاء علـــي تعـــاقد مع المعهد الوطني لســـوء اســـتخدام الكحـــول والكحوليـــة National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA).. وفي هذه الدراسة قام الطلاب في المستويات الدنيا والعليا بالمرحلة النهائية مـــن الصف السابع إلى الصف الثاني عشر بتعبئة اختبار شخصية وتأسيساً علي هـــذا المسح، وجد راتشيل ١٨,٦ ٪ من المراهقين لا يشربون الكحـــول، ٢,٤ ٪ من الطـــلاب قـــد شـــربوا كـــل يـــوم ،و٢٣,٣ ٪ قـــد شـــربوا مـــرة واحدة علي الأقل كل أسبوع ، بينما ٣١,٥ ٪ من الطلاب قد شربوا علـــي الأقل مرة كل شـــــهر ولكـــن بمعـــدل أقـــل مـــن مـــرة في الأســـبوع ، ولقد تم الاستعانة بمستوي الشرب الرئيسي المبني علي مؤشـــرات الكميـــة ـــ التكرار Main drinking level (MDL) لوصف مســـتويات الشـــرب لدي المراهقين ، وتبعاً لهذا المستوي فـــإن ٢٧,٣ ٪ مـــن المراهقـــين يمكـــن

اعتبارهم ممتنعين عن الشرب، ٣٢,٩ ٪ متعاطين غير مكرري الشـــرب أو ذوي شرب خفيف، ١٥,٥ ٪ متوسطي الشرب ،٢٤,٣ ٪ متوسطي-ثقيلـي الشرب ممن يشربون ٢-٤ وحدات كحول مرة كل أسبوع علي الأقـل أو ٥ وحدات فأكثر من ثلاث إلي أربع مرات في الشهر، وقد عرفت الدراسة أيضـا مشكلة الشرب أو السكر علي أنه drunkenness بأنها أربع مرات أو أكـثر في السنة السابقة ، أو إثنين أو أكثر من المجالات المقدرة للنتائج السلبية لسـلوك الشرب، وطبقاً لهذه التعريفات فإن ٢٧,٨ ٪ من الطلاب كانوا سـكيرين أي لديهم مشكلة شرب، ٤٥٪ لم يكونوا من المشكلين في شربهم بينمـا ٢٧,٨ ٪ كانوا في عداد ذوي الشرب الخفيف أو الممتنعين، كمـا كـان ٧٠ ٪ مـن الشاربين المشكلين (السكيرين) مصنفون علي أنهم من متوسـط إلي ثقيـل أو ثقيلي الشرب، ٨٥ ٪ من هؤلاء الشاربين المشكلين قـرروا أنهـم يشـربون حوالي مرة أو أكثر كل أسبوع .

- **سوء استخدام المـواد والاعتماديـة لـدي المراهقـين Adolescent Substance Abuse And Dependence**

إن تقديرات انتشار اختلالات استخدام المواد لدي المراهقين محـدودة بعدد قليل من الدراسات المسحية أو المجتمعية التي تقيس الاستخدام المرضـي، وهذه الدراسات القليلة الموجودة لعينات من المجتمع العام أو المسـحوبة مـن

مجتمعات صغيرة محلية للمراهقين تقوم علي تعريفات اختيارية للاستخدام المشكل أو علي واحد من الصور القديمة للدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية الإصدار الثالث (DSM-III) الصادر في عام ١٩٨٠ ،أو الإصدار الثالث المعدل الصادر في عام ١٩٨٧(DSM-III-R) ، الذي وضع علي محكات الراشدين.ولقد ناقشنا تشخيص استخدام المواد الضارة لدي المراهقين بتفصيل في الفصل الثاني.

وقد وجد كاشاني وزملاؤه (كاشاني وآخرون ,Kashani et al.1987a) ;1987b (وكاشاني وأورفاسكيل ،وروزنبرج وريد ,Kashani) Orvaschel, Roseriberg, & Reid, 1969 في دراسة مجتمعية علي المراهقين في أعمار ١٥سنة نسبة قدرها ٥,٣ ٪ لفئة سوء استخدام والاعتماد علي الكحول طبقاً لتشخيص DSM-III ، ٣,٣٪ لسوء استخدام أو الاعتماد علي العقاقير، وفي دراسة مجتمعية لعدد ٣٨٦ من المراهقين الأكبر سناً في أعمار من ١٧ – ١٩ سنة وجد (رينرز ومساعدوه ,Reinherz) Ciaconia. Lefkowitz, Pakiz, & Frost, 1993 أن سوء استخدام والاعتماد علي الكحول كان لها أعلي معدل انتشار علي مدي الحياة (٣٢,٤٪) من بين الحالات الواردة في DSM-III-R ومن بين هذه المجموعة كان سوء استخدام والاعتماد علي الكحول أكثر انتشاراً بين الذكور بدرجة دالة عنه لدي الإناث عقاقير مواد (٣٧,٦٪ مقابل ٢٦.٨٪ )، علي الرغم من

أن الأعداد كانت متساوية لكل نوع إلا أن أكثر من ٩٠٪ قـــد جربـــوا الكحول، وفي الغالب تم تصنيف ثلاثة أرباع المراهقين علي أساس أنهم كـــانوا متوسطي أو شديدي الاعتمادية بينما ١٥٪ فقط كان لديهم اعتمادية خفيفـــة علي الكحول، بالنسبة لسوء الاستخدام أو الاعتماد علي العقاقير فـــإن ٩,٨٪ فقط انطبق عليهم محكات التشخيص، أغلبية هؤلاء الشباب (٦١٪) انطبـــق عليهم محكات تشخيص الماريجوانا فقط ،وأكثر من الثلـــث (٣٤٪) انطبـــق عليهم محكات سوء الاستخدام والاعتماد علي الماريجوانا وواحد من العقاقـــير الأخرى علي الأقل التي عادةً ما تكون الكوكايين أو المهلوسات، بينما انطبـــق ٥ ٪ من معايير سوء الاســـتخدام أو الاعتمـــاد علـــي الكوكـــايين فقـــط ومعظم هؤلاء المراهقين قد صنفوا أما علي أنهم شديدو الاعتماديـــة (١٨٪) أو متوسطو الاعتمادية (٧٦ ٪) بينما ٥ ٪ فقط كانوا من ذوي الاعتماديـــة الخفيفة.

وفي دراسة وبائية أخري عن الأطفـــال مـــن ولايـــة نيويـــورك أظـــهرت أن المعدلات لسوء استخدام الكحول هي ٤,١٪ للأولاد ،٣,١٪ للفتيـــات في أعمار من ١٤-١٦سنة من العمر (كوهين وزملاؤه ,.Cohen et al)

1993 ، وفي مجموعة عمرية من ١٧سنة إلي ٢٠سنة أرتفعت المعـــدلات إلي ٢٠,٣ ٪، ٨,٩ ٪ للأولاد والفتيات علي التوالي ، وكانت معدلات ســـوء استخدام الماريجوانا ٤,١ ٪للأولاد ، ١,٨ ٪ للبنات في فئة العمر مـــن ١٧ – ٢٠ سنة أما معدلات سوء استخدام العقاقـــير الأخـــرى فكـــانت ١,٤ ٪ للذكور، ٠,٩ ٪ للإناث، كما قرر كوهين ومساعدوه أيضاً أن تشـــخيص سوء استخدام المواد الذي تم بعد عمر ١٤ سنة ظل مثابراً في المتابعات الــتي أجريت علي مدي عامين ونصف فيما بعد .

أما نتائج الدراسة المجتمعية التي أجراها رينهيرز ومعاونوه (Reinherz and associates 1993 قد أظهرت معدلات عالية جـــداً مـــن ســـوء استخدام أو اعتماد المراهقين الأكبر سناً وهذه المعدلات كانت أعلـــي مـــن تلك الخاصة بالتشخيصات المماثلة في الدراسات الوبائية التي أجريت علـــي منطقة كاتشمنت للراشدين Epidemiological Catchment Area (ECA) ، (هيلزر وميرنام ،ومـــاك إيفـــوي Helzer, Burnam,& McEvoy. 1991) ، وبينما يثير المعدل العالي الذي وجد في عينة دراســـة رينهيرز التساؤلات حول ملاءمة المحكات التشخيصية الـــواردة في (DSM-III-R) حول سوء استخدام المواد النفسية للمراهقين فإن المسوح الأخـــرى لمشكلة الشرب وجدت أن حوالي ٣٠ ٪ من المراهقين الذكور قـــد أقـــروا

بنمط من الشرب المشكل (دونوفان وجيسور، Donovan & Jessor, 1978).

وبالمثل فإن بيانات المسح السنوي الخاص بمراجعة المستقبل "Future annual" للتلاميذ في المرحلة العليا من المدرسة الثانوية (العالية) قد أظهرت أن حوالي ثلث هؤلاء الطلاب قد أقروا بالشرب علي الأقل خمس مرات متتابعة في فترة الأسبوعين السابقين (جونستون، واكمان، وأومالي Johnston, Bachman, & O'Malley, 1992).

أما المسوح الخاصة بسوء استخدام المواد الضارة بين مجموعات سكانية خاصة فهي أكثر شيوعاً واتساقاً مع الأدبيات الخاصة بالراشدين، كما أن المراهقين الذين لديهم مشكلات انفعالية خطيرة كانوا يعانون من معدلات متزايدة من مشكلة استخدام المواد الضارة أو سوء استخدامها (دي ميليو DeMilio,1989)، (وإيليوت وهويزنجاو ،واجيتون ،وجرينبوم، وبرانج، وفريدمان،وسيلفر Elliot, Huizinga, & Ageton, 1985; Greenbaum. Prange, Friedman. & Silver, 1991).

أما نسبة الانتشار بين الأحداث الذين يستخدمون المواد فكان مرتفعاً جداً حيث وصل إلي أكثر من ٨٠ ٪ في بعض الدراسات (ميلون، هاليكاس، ميلر،ومورس Milan, Halikas, Meller, & Morse, 1991) وتشتمل هذه الدراسات علي مجتمعات دراسية غير ممثلة مع عوامل مخاطرة جوهرية خاصة في الانحراف والمرض النفسي وذلك لسوء استخدام المواد

الضارة، وسوف نناقش كلا من عوامل الخطر والاختلالات السيكاترية المرافقة في الفصلين الرابع ،والخامس .

### الدراسات المسحية الحديثة لاستخدام المراهقين للمواد Recent Adolescent Substance Use Surveys of

إن إدراك هذه الاتجاهات الجوهرية في استخدام الكحول والعقاقير الأخرى من جانب المراهقين طور مساندة الحكومة لعديد من الدراسات المسحية ذات المستوي الواسع عن استخدام المراهقين للمواد ، وبينما كانت هذه المسوح تخطط وتنفذ واجه الباحثون عدد من المشكلات المنهجية، فقياس سوء استخدام المواد يرتبط بكون أن استخدام المواد محرم، كذلك فإن الطبيعة المنحرفة لاستخدام هذه المواد والنتائج المخيفة لتقرير هذا الاستخدام قد تؤثر علي نتائج المسوح، وقد يبالغ بعض الشباب في استخدامهم للمواد ومع ذلك فإن البيانات المتاحة توحي بأن التقارير الذاتية للمراهقين ثابتة وصادقة ، (أوكتنج ،وبوفيس Octting & Beauvais,1990) ومن بين العوامل التي يمكن أن تؤثر علي دقة مسح التقارير الذاتية مشكلة تعاريف العقاقير والكميات المستخدمة (جونستون، وأومالي Johnston & 0'Malley, 1986) ،ولأن كثيراً من الدراسات تجري في المدارس العالية وفي المراحل المتقدمة منها، فإن استبعاد حالات المتسربين منهم، والمتغيبين من الدراسة قد ينتج عنه نتائج أكثر تشويشاً ، لأن

الشباب المتغيبون قد يكونوا أكثر تعرضاً لخطر استخدام او سوء استخدام العقاقير (جونسون, Johnston. 1973) ، (كاندل Kandel. 1975b)

وعلى مدى العقدين الماضيين تقريباً، فإن معظم البيانات عن أنماط استخدام المراهقين للمواد الضارة كان المسح الخاص بطلاب المستويات المتقدمة من المدارس الثانوية بدعم من المعهد القومي لسوء استخدام العقاقير NIDA (جونستون، وأومالي، وباكمان Johnston. O'malley. & Bachman. 1991) وكذلك المسح الخاص بالأسرة حول سوء استخدام العقاقير، وشبكة العمل للتحذير من سوء استخدام العقاقير Drug Abuse Warning Network (DAWN) (أوتينج ،وبوفيس Oetting, & Beauvais, 1990) ، ومسح الكبار القومي National Senior Survey (NSS) الذي قام به جونستون ومعاونوه في معهد البحوث الاجتماعية بجامعة ميتشجان؛ والذي يشتمل على معلومات من ١٦٠٠ طالب من طلاب المستويات العليا العمة والخاصة في حوالي ١٣٠ مدرسة ثانوية، والعينة ممثلة لطلاب المستويات المتقدمة، كما أن عملية المسح كانت مقننة كما أن تطبيقه السنوي قد بدأ منذ عام ١٩٧٥ ،والدراسة الطولية للمجموعات الفرعية لكل طبق تسمح بمراقبة كل من التغيرات الدورية عبر الزمن والعوامل النمائية داخل الأجيال، وغالباً ما يشتمل هذا المسح الوطني للتلاميذ عن توافر المواد الضارة واتجاهات الطلاب، وإدراك الخطر لهذه المواد، لكن جوانب القصور في هذا المسح القومي تقع في كونه يخفق في احتواء حالات المتسربين والمتغيبين عن الدراسة .

أما المسح القومي للمساكن حول سوء استخدام العقاقير فهو مسح المجتمع العام لعينة عشوائية من كل المساكن في الولايات المتحدة مقسمة في طبقات تبعاً لموقعها الجغرافي وكثافة السكان، ويشتمل المسح علي أفراد المسكن في أعمار من سن ١٢ سنة فأكثر ويجري كل سنتين أو ثلاث منذ عام ١٩٧١، كما يشتمل المسح غالباً علي مجموعة من الأسئلة المتنوعة حول استخدام المواد الضارة بالإضافة إلي الكمية والتكرار كما تشتمل حدود بحث الأسر علي استبعاد أولئك الذين يقيمون في مؤسسات داخلية مثل السجون والقواعد الحربية والمستشفيات، وأماكن السكن الداخلي، كذلك فإن المقابلة في إطار الأسرة قد تجعل المراهق يشعر بالحرج في تقديم تقرير دقيق عن استخدام المادة الضارة. أما شبكة العمل للتحذير من سوء استخدام العقاقير The Drug Abuse Warning Network (DAWN)، فلديها تقرير عن غرفة الطوارئ الناتجة عن المشكلات المرتبطة باستخدام المواد الضارة، وحالات الفحص الطبي الخاصة بالوفيات المرتبطة باستخدام المواد الضارة وتقرر هذه الشبكة وتراقب النتائج الصحية واتجاهات سوء استخدام المواد الضارة .

والمناقشة التالية تشتمل علي بيانات مأخوذة أساساً من المسح القومي للطلاب الكبار، ومسح البيوت القومي، وتتألف البيانات المأخوذة من المسح القومي للطلاب الكبار من انتشار استخدام مواد محددة بواسطة طلاب المستوي الثاني عشر (الثانوية العامة)،وطلاب المستوي العاشر، وطلاب المستوي الثامن، (جونستون، وأومالي، وباكمان Johnston, O'Malley, &

1991, 1993 ، (وجامعة ميتشجان (University of Michigan, 1994 ، (أنظر جـداول ٣ -١ ، ٣-٣ ، ٣ -٤ ، ٣ -د )، والمسح الوطني للبيوت يعطي تقريراً عن استخدام المواد بواسطة الأشـخاص في أعمار من ١٢-١٧ سنة كمجموعة منفردة (مصلحة الصحة والخدمات الإنسـانية Department of health and human services,1991)

جدول ٣ -١

شيوع التعلق باستحدام المواد خلال مراحل الحياة لدي تلاميذ المدارس الثانوية العالية

| | نسبة من يتعاطي دائماً | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| المادة المستخدمة | فصل عام ١٩٧٥ | فصل عام ١٩٨٠ | فصل عام ١٩٨٥ | فصل عام ١٩٩٠ | فصل عام ١٩٩٣ |
| الكحول | ٩٠,٤ | ٩٣,٢ | ٩٢,٢ | ٨٩,٥ | ٨٧,٠ |
| السجاير | ٧٣,٦ | ٧١,٠ | ٦٨,٦ | ٦٤,٤ | ٦١,٩ |
| أي عقار محظور | ٥٥,٢ | ٦٥,٤ | ٦٠,٦ | ٤٧,٩ | ٤٢,٩ |
| أي عقار محظور فيما عدا الماريجوانا | ٣٦,٢ | ٣٨,٧ | ٣٩,٧ | ٢٩,٤ | ٢٦,٧ |
| الماريجوانا | ٤٧,٣ | ٦٠,٣ | ٥٤,٢ | ٤٠,٧ | ٣٥,٣ |
| الكوكايين | ٩,٠ | ١٥,٧ | ١٧,٣ | ٩,٤ | ٦,١ |
| الكراك | - | - | - | - | - |
| الهروين | ٢,٢ | ١,١ | ١,٢ | ١,٣ | ١,١ |
| مشتقات الأفيون | ٩,٠ | ٩,٨ | ١٠,٢ | ٨,٣ | ٦,٤ |
| المنبهات | ٢٢,٣ | ٢٦,٤ | ٢٦,٢ | ١٧,٥ | ١٥,١ |
| المهلوسات | ١٦,٣ | ١٣,٣ | ١٠,٣ | ٩,٤ | ١٠,٩ |
| الLSD | ١١,٣ | ٩,٣ | ٧,٥ | ٨,٧ | ١٠,٣ |
| المخمدات | ١٨,٢ | ١٤,٩ | ١١,٨ | ٥,٣ | ٦,٤ |
| المهدئات | - | ١٧,٣ | ١٨,١ | ١٨,٠ | ١٧,٤ |
| المنشطات | - | - | - | ٢,٩ | ٢,٠ |

## الكحول

إن تعاطي المشروبات الكحولية أمر مستمد منذ القدم، وفي الوقت الحاضر فإن استهلاك الكحول لازال نشاطاً اجتماعياً مقبولاً بشكل شعبي وعام في معظم بلاد العالم، وكما لاحظنا من قبل فإنه قبل الستينات كان استخدام الكحول من قبل المراهقين هو الاستخدام الوحيد للمادة نفسية، والذي لم يكن سلوكاً منحرفاً بشكل جوهري في ذلك الوقت، وعلي الرغم من حقيقة أن الكحول غير مشروع للمراهقين إلا أن الخبرة مع الكحول هي خبرة عالمية بين الشباب، وتظهر البيانات من فترة أواخر الستينات أن أكثر من ٨٠ ٪ من طلاب المدارس الثانوية قد قرروا أن لهم علي الأقل بعض الخبرة مع الكحول (جونستون Johnston,1973)، أما نتائج المسح الوطني للطلاب الكبار في المدارس الثانوية فهو يظهر باتساق منذ عام ١٩٧٥ أن حوالي ٩ من الطلاب من بين كل ١٠ في الصفوف المتقدمة يقرون بخبرة مع الكحول أثناء حياتهم، وعلي الرغم من حدوث انخفاض ضئيل في استخدام الكحول عبر الحياة بين طلاب الصفوف العليا في المدارس الثانوية من الذروة التي قدرت بنحو ٩٣,٢ ٪ في عام ١٩٨٠ إلي ٨٧ ٪ في عام ١٩٩٣ إلا أن انتشار استخدام الكحول عبر الحياة لم ينخفض بدرجة كبيرة مثل تلك الانخفاضات التي حدثت أثناء العقد الحاضر في الاستخدام عبر الحياة لمواد مثل الماريجوانا والكوكايين .

جدول ٣ -٢

للمشكلات المرتبطة مع استخدام الكحول المقررة من قبل المراهقين في أعمار من ١٢-١٧ سنة *

| نوع المشــــــــــكلة | النسبة المئوية لمن قرروا حدوثها |
| --- | --- |
| عدواني أثناء الشرب | ٢١,٠ |
| مناقشات ساخنة أثناء الشراب | ١٤,٠ |
| البقاء بعيداً عن المدرسة أو العمل | ٥,٩ |
| زيادة التعاطي في الوظيفة أو المدرسة | ١٢,٧ |
| الزوج (أو الزوجة) يخبر بالانقطاع عن التعاطي | ٩,٣ |
| أحد الأقارب يخبرني بالانقطاع عن التعاطي | ٦,٢ |
| صديق ما يخبرني بالانقطاع عن التعاطي | ٧,٥ |
| الشرب بسرعة للحصول على الأثر | ٢٤,٨ |
| الخوف من أن يصبح الفرد مدمناً | ١٥,٢ |
| السكر حتى اليوم التالي | ٥,١ |
| صعوبة التوقف عن التعاطي | ١١,٧ |
| غير قادر علي تذكر ما حدث | ٢٥,٢ |
| الشرب بسرعة بعيداً عن أعين الآخرين | ٢٠,٣ |
| التعاطي هو أول شيء أبدأ به يومي | ٢,١ |
| أنتشي عندما أشب بمفردي | ١٢,٥ |
| واظبت علي التعاطي بعدما أخذت العهد علي نفسي بالتوقف | ٨,٠ |

* المصدر :المســـح القومــي للبيـــوت ١٩٩١ (DHHS) (وزارة الصحــ نا والخدمات الإنسانية )

أما نتائج المسح القومي للبيوت مـــن عـــام ١٩٧٤ إلي عـــام ١٩٩٠ (وزارة الصحة والخدمات الإنسانية DHHS,1991) قد قـــدر انتشـــار اســـتخدام الكحول من قبل المراهقين في أعمار من ١٢ إلي ١٧ سنة، فبينما بلغ انتشـــار استخدام الكحول عبر الحياة لكل المجموعة من ذروته ٧٠,٣ ٪ عـــام ١٩٧٩ ،فإن الرقم قد بقي إلي حوالي ٥٠ ٪ علي مدي الخمس عشرة سنة الســـابقة ،وخلال عام ١٩٩٠ فإن ٤٨,٢ ٪ من المراهقين في أعمار ١٢-١٧ سنة قـــد أقروا بحدوث خبرة ما مع الكحول أثناء حياتهم السابقة .

وعلى الرغم من وجود بعض الخبرات بالكحول بين المراهقين بصورة عالميـــة تقريباً ، إلا أن تكرار استخدامه غالبا ً ما يكون شائعاً أيضاً، فخلال الســـت عشرة سنة الماضية ، أشارت المسوح القومية التي أجريـــت علـــى تلاميـــذ المدارس الثانوية العليا National Senior Surveys ( جونستون أومالي و باتشمان، Johnston O'Malley & Bachman, 1991. 1993) ، (وجامعة ميتشيجان University of Michigan 1994) إلى أن ٥٠ ٪ من الطلاب قد أقروا بتعاطي الكحول خلال فترة الثلاثين يومـــا الســـابقة ( التعلق لمدة شهر ) وخلال نهاية الستينات أقر مـــا يقـــرب مـــن ٥٠ ٪ مـــن المراهقين بتعاطي الكحول شهرياً (جونستون Johnston, 1973 )، وعلـــى

أية حال، فإن التعلق الشهري بتعاطي الكحول من قبـــل طـــلاب الصفـــوف النهائية بالمدارس الثانوي قد قلت بشكل تدريجي من ذروتها التي بلغـــت ٧٢ ٪ في عام ١٩٨٠ إلى ٥٤ ٪ في عام ١٩٩١. ولقد بلغت نسبة تعاطي الكحـــول الشهرية ذروتها في عام ١٩٧٩وذلك بالنسبة للفئة العمرية من ١٢ إلى ١٧ســنة حيث وصلت إلى ٣٧,٢٪

جدول ٣-٣

ميول التعلق باستخدام المواد خلال ثلاثون يوماً من قبل تلاميذ الصفوف النهائية بالمدارس الثانوية *

| المـــــــادة | النسب المئوية للذين استخدموا المواد خلال الثلاثين يوما السابقة | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | فصل عام ١٩٧٥ | فصل عام ١٩٨٠ | فصل عام ١٩٨٥ | فصل عام ١٩٩٠ | فصل عام ١٩٩٣ |
| الكحول | ٦٨,٢ | ٧٢,٠ | ٦٥,٩ | ٥٧,١ | ٥١,٠ |
| السجائر | ٣٦,٧ | ٣٠,٥ | ٣٠,١ | ٢٩,٤ | ٢٩,٩ |
| العقاقير المخلقة | ٣٠,٧ | ٣٧,٢ | ٢٩,٧ | ١٧,٢ | ١٨,٣ |
| العقاقير المخلقة (مـــاعدا) | | | | | |
| المـــــــــاريجوانا | ١٥,٤ | ١٨,٤ | ١٤,٩ | ٨,٠ | ٧,٩ |
| المـــــــــاريجوانا | ٢٧,١ | ٣٣,٧ | ٢٥,٧ | ١٤,٠ | ١٥,٥ |
| الكـــــــوكايين | ١,٩ | ٦,٧ | ١,٩ | ١,٩ | ١,٣ |
| الكراك | - | - | ٠,٧ | ٠,٧ | ٠,٧ |
| الهـــــــــروين | ٠,٤ | ٠,٢ | ٠,٣ | ٠,٢ | ٠,٢ |
| مشتقات الأفيون | ٢,١ | ٢,٤ | ٢,٣ | ١,٥ | ١,٣ |
| المنبهات | ٨,٥ | ١٢,١ | ٦,٨ | ٣,٧ | ٣,٧ |
| المهـــــــلوسات | ٤,٧ | ٣,٧ | ٥,٢ | ٢,٢ | ٢,٧ |
| الLSD | ٢,٣ | ٢,٣ | ١,٦ | ١,٩ | ٢,٤ |
| المخـــــــدرات | ٥,٤ | ٤,٨ | ٢,٤ | ١,٠ | ١,٣ |
| المهـــــــدئات | - | ١,٤ | ٢,٢ | ٢,٧ | ٢,٥ |
| المنشطات | - | - | - | ١,٠ | ٠,٧ |

* المصدر (جونستون، أومالي، وباتشـــمان، .Johnston O'Malley & Bachman, 1993 ؛ جامعة ميتشيجان، University of Michigan 1994).

ميول التعلق اليومي بسوء استخدام المواد من قبل تلاميذ الصفوف النهائية بالمدارس الثانوية *

| المـــــــادة | النسب المئوية للذين استخدموا المواد خلال الثلاثين يوما السابقة | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | فصل عام ١٩٧٥ | فصل عام ١٩٨٠ | فصل عام ١٩٨٥ | فصل عام ١٩٩٠ | فصل عام ١٩٩٣ |
| الكحول | ٥,٧ | ٦,٠ | ٥,٠ | ٣,٧ | ٢,٥ |
| تعاطي خمس مرات في الأسبوعين السابقين | ٣٦,٨ | ٤١,٤ | ٣٦,٧ | ٣٢.٧ | ٢٧,٥ |
| السجائر | ٢٩,٩ | ٢١,٣ | ١٩,٥ | ١٩,١ | ١٩,٠ |
| المـــــاريجوانا | ٦,٠ | ٩,١ | ٤,٩ | ٢,٢ | ٢,٤ |
| الكـــــوكايين | ٠,١ | ٠,٢ | ٠,٤ | ٢,٢ | ٢,٤ |
| الهـــــروين | ٠,١ | – | – | – | – |
| المنبهات | ٠,٥ | ٠,٧ | ٠,٤ | ٠,٢ | ٠,٢ |
| المهـــــلوسات | ٠,١ | ٠,١ | ٠,١ | ٠,١ | ٠,١ |
| المخـــــمدات | ٠,٣ | ٠,٢ | ٠,١ | – | ٠,١ |
| المهبـــــطات | – | ٠,١ | ٠,٢ | ٠,٣ | ٠,١ |
| Steroids المنشطات | – | – | – | ٠,٢ | ٠,١ |

* المصدر (جونستون، أومالي، وباتشـــمان، (.Johnston O'Malley & Bachman 1993 ؛ جامعة ميتشيجان، University of Michigan 1994).

وانخفضت إلى ٢٤,٥ ٪ في عـام ١٩٩٠ (DHHS, 1991) كمـا ظـهر انخفاض في الميل للاستخدام اليومي للكحول مـن قبـل المراهقـين أيضـا، ومع نهاية الستينات أقر ٤,٦ ٪ من طلاب المدرسـة الثانويـة بالتعـاطي اليومي للكحول ( جونستون , Johnston,1973 ). كما بلغت نسبة مـن يتعاطون الكحول بين طلاب المدرسة الثانوية الكبار بشكل يومـي ذروتهـا في عام ١٩٧٩ حيث وصلت ٦,٩٪ وانخفضت إلى ٢,٥ ٪ في عـام ١٩٩٣ ( جامعة ميتشيجان University of Michigan, 1994). إلا أن تقريـر تعاطي الكحول يعد مقياس بدائي جداً لأنـه لا يحـدد كميـة الكحـول المستخدمة أو نتائج الاستخدام ، بما في ذلك التسمم، حيث أن تكرار الشـوب للوصول إلى حالة التسمم قد يكون على الأقل قياس غـير مباشـر للشـرب الثقيل أو المشكل . والمسح القومي للتلاميذ الكبار قد جمع بيانات

جدول ٣-٥

التعلق باستخدام أنواع متعددة من المواد خلال الحياة، وخلال ثلاثون يوماً من قبل تلاميذ الصف الثامن، والصف العاشر

| | الصف الثامن | الصف العاشر |
|---|---|---|
| الماريجوانا عبر الحياة | ١٢,٦ | ٢٤,٢ |
| خلال ثلاثين يوماً | ٥,١ | ١٠,٩ |
| المهبطات عبر الحياة | ١٩,٤ | ١٧,٥ |
| خلال ثلاثين يوماً | ٥,٤ | ٣,٣ |
| المهلوسات عبر الحياة | ٣,٩ | ٦,٨ |
| خلال ثلاثين يوماً | ١,٢ | ١,٩ |
| عقار LSD عبر الحياة | ٣,٥ | ٦,٢ |
| خلال ثلاثين يوماً | ١,٠ | ١,٦ |
| الكوكايين عبر الحياة | ٢,٩ | ٣,٦ |
| خلال ثلاثين يوماً | ٠,٧ | ٠,٩ |
| الهروين عبر الحياة | ١,٤ | ١,٣ |
| خلال ثلاثين يوماً | ٠,٤ | ٠,٣ |
| المنبهات عبر الحياة | ١١,٨ | ١٤,٩ |
| خلال ثلاثين يوماً | ٣,٦ | ٤,٣ |
| المنشطات عبر الحياة | ١,٦ | ١,٧ |
| خلال ثلاثين يوماً | ٠,٥ | ٠,٥ |
| السجاير عبر الحياة | ٤٥,٣ | ٥٦,٣ |
| خلال ثلاثين يوماً | ١٦,٧ | ٢٤,٧ |
| يومياً | ٨,٣ | ١٤,٢ |
| أقل تدخين التبغ عبر الحياة | ١٨,٧ | ٢٨,١ |
| خلال ثلاثين يوماً | ٦,٦ | ١٠,٤ |

* مستمدة من بيانات جامعة ميتشجان University of Michiga

من تقاريز تلاميذ هذه المدارس الذين أقروا بتعاطي الكحول خمس مرات أو أكثر وعلى الأقل مرة في خلال الأسبوعين الأخيرين، ومنذ عام ١٩٧٥ استمرت نسبة العمر الزمني لتلاميذ الصفوف النهائية من المدارس الثانوية الذين أقروا بالتعاطي عند هذا المستوي بقدر أعلي من ١-٣. وعلى أية حال، فإن هذه الإحصائيات الحديثة قد أشارت إلي انخفاض هذه النسب الخاصة بهؤلاء التلاميذ من ذروتها التي بلغت ٤١,٤ ٪ في عام ١٩٨١ إلى ٢٧,٥ ٪ في عام ١٩٩٣ (جامعة ميتشيجان University of Michigan 1994).

وخلال السنوات الثلاث الماضية علي المسح القومي لهؤلاء التلاميذ، أقر كل صف شمله المسح بسيطرة حالة السكر، حيث أخبر ما يزيد على ٦٠ ٪ من هؤلاء التلاميذ الدائمة (٦٢,٥ ٪ في عام ١٩٩٣)، ٣٠ ٪ تقريباً منهم قد أقروا بمرورهم بحالة السكر أحياناً ( ٢٨,٩ ٪ في ١٩٩٣) خلال الثلاثين يوماً السابقة، واخبر ٠,٩ ٪ منهم بمرورهم بحالة السكر بصورة يومية خلال الثلاثين يوماً السابقة علي المسح في عام ١٩٩٣. وبالنسبة لتلاميذ الصفوف الثامنة في ١٩٩٣ اخبر ٢٦,٤٪ منهم بمرورهم بحالة السكر في بعض فترات حياتهم عندما كانوا في سن صغيرة، كما اخبر ٧,٨٪ منهم بمرورهم

بحالة السكر خلال الثلاثين يوماً السابقة، واخبر ٠,٢ منهم بمرورهم بحالـــة الســـكر بصورة يومية . وفي عام ١٩٩٣ اخبر تلاميذ الصفوف العاشرة بمرورهـــم بمســـتويات معتدلة من حالات السكر ، حيث أقر ٤٧,٩ ٪ ، ١٨,٩ ٪ ، ٠,٤ ٪ بسيطرة حالـــة السكر عليهم خلال مراحل حياتهم، وخلال الثلاثين يوماً ، وبشكل يومـــــي علـــي التوالي .

ويسود استخدام الكحول بدرجة أكبر وبصورة أكثر تكراراً بين تلاميـــذ الصفـــوف النهائية في المدرسة الثانوية من تلاميذ الصفوف الدنيا في تلك المـــدارس، حيـــث أن سيطرة هذا الاستخدام في المجموعة التي يتراوح عمرها من ١٢ إلى ١٧ سنة يعكـــس هذا التباين، والمسح القومي لصحة الطـــالب المراهـــق National Adolescent Student Health Survey (NASHS) الذي أجري في عام ١٩٨٧ وجـــد أن ٧٥,٩ ٪ من تلاميذ الصف العاشر قد أخبروا بسيطرة تعاطي الكحول عليهم لفـــترة من حياتهم lifetime (ويندل Windle,1991). كما بلغت نسبة التعلق باســتخدام الكحول عبر الحياة بين هؤلاء التلاميـــذ ٨٧,٣ ٪ وأقـــر ثلثـــي تلاميـــذ الـــصف الثامن بعدم التعاطي خلال الثلاثـــين يومـــاً الســـابقة علـــي المســـح ، كمـــا أن الغالبية العظمي ممن تعاطي الكحول منهم أقـــر بعـــدم حـــدوث تكـــرار، بينمـــا أقر ما يزيد عـــن نصـــف تلاميـــذ الصـــف العاشـــر مـــن المراهقـــين بتعـــاطي الكحـــول خلال الثلاثـــون يومـــاً الأخـــيرة، وأقـــر ١٣ ٪ منـــهم بتكـــرار التعـــــاطي .

وباستخدام تعريف الشرب الثقيل heavy drinking المستخدم في المسح القومي

لتلاميذ الصفوف النهائية بالمدارس الثانوية، أشارت البيانات التي تم جمعها من المسح القومي لصحة الطالب المراهق (NASHS) إلى أن ٢٣,٧ ٪ من تلاميذ الصف العاشر الذين شربوا الكحول قد اخبروا باستهلاك خمسة أشربة أو أكثر in a row على الأقل مرة خلال الأسبوعين السابقين، بينما أخبر ما يزيد على ثلث (٣٦,٣٪ ) من الشاربين في المستوي العاشر بنمط مشابه من الشرب الثقيل (ويندل Windle,1991) .

وفي المسح القومي لسلوك شرب المراهق الذي أجري في ١٩٧٢ قام راتشيل ومعونوه Rachel and associates (1976 بتصنيف المراهقين طبقاً لكمية وتكرار الشرب، وحددوا حالة الشارب – المشكل problem-drinker طبقاً لإقرار حدوث حالة السكر أربعة مرات أو أكثر خلال السنة الماضية أو الإقرار بحدوث إثنين أو أكثر من مجالات النتائج السلبية المرتبطة بسلوك الشرب، كما حددوا الشارب المعتدل – الثقيل moderate-heavy drinker أو الشارب الثقيل الذي يتطلب الشرب على الأقل من اثنتان إلى أربعة أشربة على الأقل مرة في الأسبوع أو بمتوسط خمسة أشربة أو أكثر من ثلاثة إلى أربع مرات كل شهر. وبناء على هذه التعاريفات، يمكن تعريف ما يزيد علي ٢٤ ٪ من المراهقين علي أنهم شاربين معتدلين – ثقيلين أو ثقيلين moderate-heavy or heavy drinkers، بينما اعتبر ٢٧,٨ ٪ من المراهقين " شاربون مشكلون "problem drinkers" ، وعلي الرغم من كل ذلك، فإن سيطرة معدلات استخدام الكحول قد تغيرت بشكل

صغير نسبياً، حيث أن الانخفاض الطويل المدي في حلقات الشرب الثقيل بين تلاميذ الصف الثاني عشر قد انخفض بصورة واضحة ( جامعة ميتشيجان University of Michigan, 1994)

العالية في عام ١٩٧٩ والتي وصلت نسبتها إلى ٥٠,٨ ٪ ثم تقلصت هذه النسبة تدريجياً حتى وصلت إلى ٣٢,٦ ٪ في عام ١٩٩٣ وبعد زيادتها إلى ٣٥,٣ ٪ في عام ١٩٩٣ (جامعة ميتشيجان University of Michigan. 1994)، ولقد أشارت نتائج المسح القومي للبيوت (U.S.DHS, 1991) إلى وجود نمط مشابه من خبرة طول الوقت lifetime experience لاستخدام الماريجوانا من قبل المراهقين في سن من ١٢ إلى ١٧ سنة . وفي عام ١٩٧٢ أقر ١٤ ٪ من هذه المجموعة العمرية باستخدام الماريجوانا خلال فترة من حياتهم. ولقد بلغت سيطرة العمر ذروتها في عام ١٩٧٩ عند ٣٠,٩٪ ثم تقلصت إلى ١٤,٨٪ في ١٩٩٠. كما أن التعلق الشهري باستخدام الماريجوانا قد بلغ ذروته بدرجة مشابهة حيث وصل إلى ٣٧,١ ٪ بين طلاب الصفوف النهائية في المدرسة الثانوية ،وخلال عام ١٩٧٨ حدث انخفاض مشابه في العمر الزمني فوصل ١٦ سنة وانخفض بنسبة ١١,٩ ٪ في عام ١٩٩٢ قبل زيادته إلى ١٥,٥ ٪ في عام ١٩٩٣. كما أظهر مسح المنازل القومي تعلق شهري للماريجوانا بنسبة ٧,٠ ٪ بين

المراهقين في سن من ١٢إلى ١٧سنة خلال عام ١٩٧٢ ، كما بلغــت هــذه الزيادة ذروتها حيث وصلت إلي ١٦,٧ ٪ في عام ١٩٧٩، ثم انخفضــت إلي ٥,٢ ٪ في عام ١٩٩٠. كما بلغ الاستخدام اليومي للماريجوانــا مــن قبــل طلاب الصفوف النهائية في المدرسة الثانوية ذروته حيث بلغت نســبته ١٠,٧ ٪ في عام ١٩٧٨ كما حدث انخفاض شديد بعد الانخفاض الذي حــدث في نهاية عام ١٩٨٠ ،فبلغت نسبته ١,٩ ٪ في عام ١٩٩١ (University of Michigan, 1994. ولقد أظهرت البيانات الواردة من مراكز التحكــم في المــرض (Centers for Disease Control (DHHS, 1991b سيطرة استخدام الماريجوانا طول الوقت من قبــل المراهقــين حيــث بلغــت ٢٠,٦٪ بين عينة من المراهقين في الصف التاسع من المدارس الثانوية وذلــك في عام ١٩٩٠ .

هذا التزايد الذي حدث بشكل متسق بــين طــلاب الصفــوف العاشــرة ، والحادية عشر من المدارس الثانوية، والذي وصلــت نســبته إلى ٤٢,٢ ٪ . وبالنسبة للتعلق الشهري لاستخدام الماريجوانا ظهر زيادة مشابهة حيــث أقــر حوالي ٩,٥ ٪ من بين طلاب الصفوف التاسعة باستخدامها خلال الشــهر السابق ، كما زادت هذه النسبة حتى وصلــت إلى ١٨,٥ ٪ بــين طــلاب صفوف الثانية عشر . ومن خلال المسح القومي لطلاب الصفــوف النهائيــة

الذي أجري في عام ١٩٩٣ National Senior Survey أقـــر حـــوالي ١٢,٦ ٪ من طلاب الصفوف الثامنة باستخدام الماريجوانا طول الوقت بينمـــا اقر ٥,١ ٪ منهم باستخدامها خلال الشـــهر المـــاضي. وبالنســـبة لطـــلاب الصفوف العاشرة خلال عام ١٩٩٣، بلغت نسبة من يستخدمون الماريجوانـــا طول الوقت ، وخلال الثلاثون يوماً ٢٤,٤ ٪ ، ١٠,٩ ٪ على التوالي. كمـــا زادت نسبة استخدام الماريجوانا من قبل المراهقين الصغار بدرجة أســـرع مـــن زيادته بين المجموعات الأكبر من الشباب. وخلال السنتان الأخـــيرتين ، أقـــر طلاب الصفوف الثلاثة بانخفاض في إدراك الضرر النـــاتج عـــن اســـتخدام الماريجوانا ، وأيضاً بناء على قاعدة عريضة أو على قاعدة منتظمـــة (جامعـــة ميتشيجان، University of Michigan, 1994).

وعلي الرغم من استمرار إدراك معظم الشباب بأن استخدام الماريجوانا يعـــد ضرراً ، إلا أن هذا الاتجاه قد ينبئ بالزيادات المستقبلية للاستخدام الفعلي .

**الكوكايين Cocaine**

وكما هو الحال بالنسبة للماريجوانا، فإن استخدام الكوكايين من قبـــل المراهقين قد انخفض من أقصي زيادة له خلال نهاية الثمانينات. كما أن نســـبة التعلق باستخدامه طول الوقت من قبل طلاب الصفوف المتقدمـــة بـــالمدارس الثانوية قد بلغت ٩,٠ ٪ خلال عام ١٩٧٥. وبعد الزيادة المتقدمـــة خـــلال نهاية السبعينات، وبداية الثمانينات بلغت نسبة التعلق به طول الوقت ذروتهـــا

حيث وصلت ١٧.٣ ٪ من طلاب الصفوف المتقدمة بالمدارس الثانوية خلال عام ١٩٨٥ قبل الانخفاض المذهل الذي حدث في الفترة الممتدة من عام ١٩٨٨ وحتى عام ١٩٩٢. وخلال عام ١٩٩٢، وعام ١٩٩٣أقر ما يقدر من ٦,١ ٪ من هؤلاء الطلاب باستخدام الكوكايين مرة واحدة على الأقل خلال حياتهم . وبالنسبة لمعدل العمر الزمني للمراهقين الذي يتراوح من سن ١٢ إلى ١٧ سنة، اتضح من خلال مسح المنازل القومي (DHHS. 1991) National Household Survey أن نسبة من يتعلقون بالكوكايين طول الوقت قد بلغوا ١٥ ٪ خلال عام ١٩٧٢. هذه الزيادة قد استمرت بشكل ثابت حتى وصلت ذروتها وبلغت نسبتها ٦,٥ ٪ خلال عام ١٩٨٢ تم تبع ذلك انخفاض حتى بلغت النسبة ٦,٥ ٪ خلال عام ١٩٩٠. ومن خلال الصف الدراسي ، أقر ٣,٦ ٪ من طلاب الصفوف التاسعة فقط باستخدام الكوكايين طول الوقت بينما أقر ٥,٨ ٪، ٧,٦ ٪، ٩,٣ ٪ من طلاب الصفوف العاشرة، والحادية عشر ، والثانية عشر على التوالي، باستخدام الكوكايين طول الوقت خلال عام ١٩٩٠،(CDC,1991). وطبقاً لمراقبة المسح المستقبلي الذي تم خلال عام ١٩٩٣ Monitoring the Future Surveyحاول قليل من طلاب الصفوف الثامنة تجريب استخدام الكوكايين أو الكراك crack (بلغت نسبتهم ٢,٩ ٪ ،وبلغت

نسبة من تعلقوا به طول الوقت ١,٧٪) أو من قبل طلاب الصفـــوف العاشرة (بلغت النسبة ٣,٦ ٪ ،و بلغت نسبة من تعلقوا به طـــول الوقـــت ١,٨٪ ).

كما تم مسح استخدام "كراك " الكوكايين من قبل المسح القومي لمنـــازل منذ عام ١٩٨٧. واتضح أن ٥,٤ ٪ من طلاب الصفوف المتقدمة بـــالمدارس الثانوية قد أقروا باستخدام الكراك طول الوقت خلال عـــام ١٩٨٧. وتلـــي ذلك انخفاض في نسبة استخدام هذه المادة فبلغت ٢,٦ خلال عام (جامعـــة ميتشيجان University of Michigan, 1994). وبالنســـبة للتعلـــق بالاستخدام الشهري للكوكايين بلغت نسبة طـــلاب الصفـــوف المتقدمـــة بالمدارس الثانوية الذين أقروا بهذا الاستخدام خلال الشـــهر الســـابق ١,٣ ٪ خلال عام ١٩٩٣. وهذا الاستخدام كان قد وصل ذروته خلال هذا عـــام حيث كانت نسبته قد بلغت ٦,٧ ٪. ولقد تغيرت هذه الصورة مرة أخـــري ، فانخفضت النسبة إلي ٠,٧٪ خلال عام ١٩٩٣، وبالنسبة لانتشار استخدامه عـــبر مراحل الحياة من قبل المراهقين، أقر ٠,٦ ٪ منهم ممن تتراوح أعمارهم بـــين ١٢ إلى ١٧سنة باستخدام الكوكـــايين خـــلال الشـــهر الـــذي ســـبق المســـح في عـــام ١٩٧٢(DHHS,1991) ، كمـــا وصـــل الاســـتخدام الشـــهري لـــه أعلي ارتفاع في عام ١٩٨٢، حيث بلغت نسبته ٢,٦ ٪ ، ثم انخفض فيما بعد

إلي أن وصلت نسبته ١,٠ ٪ في عام ١٩٩٠. وبالنسبة للصفوف الدراسية خلال عام ١٩٩٠ أقر ١,١ ٪ من طلاب الصفوف التاسعة فقط باستخدام الكوكايين خلال الشهر الذي سبق المسح. ثم قفزت هذه النسبة بالنسبة للتعلق الشهري لتصل إلى ٢,٤ ٪ بين طلاب الصفوف العاشرة ، ونفس النسبة أيضاً كانت بين طلاب الصفوف الحادية عشر والثانية عشر . ولقد أشارت نتائج مراقبة المسح المستقبلي إلي وجود نسب من التعلق الشهري للكوكايين خلال عام ١٩٩١ بين طلاب الصفوف الثامنة ، والعاشرة ولكنها تقترب من ١ ٪ من الطلاب الذين تم مسحهم ، كما بلغت نسبة انتشار الاستخدام الشهري للكراك "crack" من قبل طلاب الصفوف المتقدمة بالمدارس الثانوية ١,٣ ٪ خلال عام ١٩٨٧ ثم انخفض بصورة منتظمة حتى وصلت نسبته ٠,٧ ٪ خلال عام ١٩٩١. وطبقاً للمسح القومي للمنازل الذي تم في عام ١٩٩٠(DHHS, 1991) ، أقر ٠,١ ٪ فقط من المراهقين في سن من ١٢ إلى ١٧ باستخدام هذه المادة خلال الشهر السابق على المسح . كما أن الاستخدام اليومي للكوكايين الذي أقر به طلاب الصفوف المتقدمة بالمدارس الثانوية قد ظل منخفضا جداً، حيث بلغت النسبة الأولية ٠,١ ٪ من هؤلاء الطلاب الذين أقروا بهذا النمط من استخدام الكوكايين خلال عام ١٩٧٥.

ثم ارتفع الاستخدام اليومي حتى وصل لقمته فبلغت نسبته ٤,٠ ٪ خلال عام ١٩٨٦ ثم انخفض تدريجياً ليصل إلي مستوى ١,٠ ٪ خلال عام ١٩٩٣ ( جامعة ميتشيجان، University of Michigan, 1994).

المستنشقات **Inhalants**

تعد المستنشقات أحد الفئات القليلة من أنواع المواد التي لا تظهر انخفاضاً دالاً في استخدامها من قبل المراهقين خلال العقدين الماضيين . ولقد ظهرت زيادة تدريجية خلال الستة عشر سنة الماضية في ميول طلاب الصفوف المتقدمة بالمدارس الثانوية نحو التعلق باستخدام المستنشقات طول الوقت. وفي عام ١٩٧٦أقر ١٠,٣ ٪ من طلاب الصفوف النهائية بالمدارس الثانوية باستخدام المستنشقات طول الوقت. ولقد ارتفعت هذه النسبة تدريجياً حتى وصلت إلي ١٨,٠ ٪ خلال عام ١٩٩٠، ١٧,٤٪ خلال عام ١٩٩٣ . وعلى الرغم من التقرير المعدل أو غير الكافي المحتمل لنترات الأميل amyl ونترات البيتي butyl، إلا أن هذه الأشكال من التعلق بهذه المواد واصلت الزيادة حتى بلغت أقصي ارتفاع لها وهو ٢٠,١ ٪ خلال عام ١٩٨٦ ، ثم بلغت هذه النسبة ١٨,٥ ٪ و ١٨,٠ ٪ خلال عامي ١٩٩٠، ١٩٩٣. على التوالي. كما انخفضت معدلات التعلق باستخدام هذه المواد نسبياً بين طلاب الصفوف المتقدمة بالمدارس الثانوية. وبالنسبة للتعلق الشهري باستخدامها

والتي بلغت نسبته ٠,٩ ٪ خلال عام ١٩٧٦ قد زاد بشكل تدريجي حتى وصل أقصى ارتفاع له وهو ٢,٨٪ (والنسبة المعدلة لها ٣,٥ ٪ ) خلال عام ١٩٨٧و ٢,٥٪ (والنسبة المعدلة لها ٢,٦٪ ) خلال عام ١٩٩٣. كما أن الفروق الكبيرة بين التعلق بالاستخدام طول الوقت ، والاستخدام الشهري ربما يرجع للمستنشقات التي تبدو كمادة مستخدمة بشكل مبدئي من قبل المراهقين الصغار ، أكثر مما يستخدمها الكبار، ومن خلال بيانات مسح المراقبة المستقبلي الذي أجري في عام ١٩٩٣ اتضح أن ١٩,٤٪ من طلاب الصفوف الثامنة و١٧,٤ ٪ من طلاب الصفوف العاشرة قد أقروا باستخدام المستنشقات طول الوقت، ومن خلال المسح القومي للمنازل، بلغت نسبة من تعلقوا باستخدام هذه المواد طول الوقت من المراهقين في سن من ١٢إلي ١٧ سنة ٦,٤٪ خلال عام ١٩٧٢، وعلي الرغم من مواصلة ارتفاع نسبة هؤلاء الطلاب والتي وصلت أقصى ارتفاع لها ،حيث بلغت ٩,٨ ٪ خلال عام ١٩٧٩ إلا أنها انخفضت إلي ٧,٨٪ خلال عام ١٩٩٠.وبالنسبة للتعلق بالاستخدام الشهري بين هذه المجموعة من المراهقين الذين يستخدمون المستنشقات بلغت نسبته ١,٠ ٪ خلال عام ١٩٧٢كما وصلت أقصى

ارتفاع لها خلال عام ١٩٨٥ فبلغت ٣,٤٪ قبل الانخفاض لمستوي جديد بلغت نسبته ٢,٢ ٪ خلال عام ١٩٩٠.

### المهلوسات hallucinogens

أتضح من خلال تقارير المسح القومي لطلاب الصفوف المتقدمة National Senior Survey و مسح المراقبة المستقبلي أن التعلق طول الوقت باستخدام كل المواد المهلوسة قد بلغت نسبته ١٠,٩٪ من طلاب الصفوف المتقدمة بالمدارس الثانوية الذين أجري عليهم المسح،كما أن زيادة التعلق باستخدام هذه المواد طول الوقت قد جاء مبكراً سريعاً ،وذلك من خلال تقارير نسب التعلق باستخدامها من قبل طلاب الصفوف المتقدمة خلال عام١٩٧٥ وعام ١٩٨٦ والتي بلغت ١٦,٣ ٪ ، ١٥,١ ٪، على التوالي، ثم انخفضت نسب استخدام هذه المواد تدريجياً فيما بعد حتى وصلت إلي الصفر ، وحديثاً جداً احتل عقار (إل إس دي LSD) مكان متقدم ، وأصبح من أكثر المهلوسات استخداما طول الوقت، حيث بلغت نسبة التعلق به ١٠,٣ ٪ في عام ١٩٩٣. كما أن التقرير حول نسبة التعلق طول الوقت باستخدام عقار (بي سي بي PCP) قد بلغت ٢,٩ ٪ خلال عام ١٩٩٣، وفي عام ١٩٧٩ بلغت النسبة المعدلة للتعلق باستخدام (إل إس دي ) ٩,٥ ٪ بينما

أقر ١٢,٨ ٪ من طلاب الصفوف المتقدمة بالمدارس الثانويـــة بالاســـتخدام طول الوقت لعقار (بي سي بي) أو ٧٢ ٪ من مجموع المهلوسات الـــتي أقـــر باستخدامها من قبل طلاب الصفوف المتقدمة خلال عام ١٩٧٩، وخـــلال عام ١٩٩٣ أقر ٣,٩ ٪ من طلاب الصفوف الثامنة بالتعلق طـــول الوقـــت باستخدامهم للمهلوسات، كما أقر ١,٢ ٪ منـــهم بـــالتعلق بالاســـتخدام الشهري لهذه المواد، وبالنسبة لطلاب الصفوف العاشرة أقـــر ٦,٨ ٪ منـــهم بالتعلق طول الوقت باستخدامهم للمهلوسات، كمـــا أقـــر ١,٩ ٪ منـــهم بالتعلق بالاستخدام الشهري لها. كما أشار المسح القومـــي للبيـــوت إلى أن نسبة المراهقين في سن ١٢ إلى ١٧سنة ، الذين تعلقوا بالاســـتخدام طـــول الوقت لهذه المواد قد بلغت ٣,٣ ٪ خلال عام ١٩٩٠، وهذا يمثل انخفـــاض في التعلق بالاستخدام عن السنوات السابقة والتي كانت قد بلغـــت ذروتهـــا خلال عام ١٩٧٩ حيث كانت نسبتها ٧,١ ٪ ، وكما هو الحال مع العقاقير التخليقية، وليس الكحول أو الماريجوانا، يعد التعلق بالاستخدام اليومي للمهلوســات بمـــا في ذلـــك عقـــار (إل إس دي) أو عقـــار (بي ســـي بي) من خلال ما أقر به طلاب الصفوف المتقدمـــة بـــالمدارس الثانويـــة، منخفـــض

إلي حد كبير بنسبة تتراوح من ٠,١ إلى ٠,٣ ٪ ،كما أن الاستخدام اليومــي لهذه المواد قد أقر به من قبل ٠,١ ٪ فقط من هؤلاء الطلاب خـــلال عـــام ١٩٩٣،وبصفة عامة ،زاد معدل استخدام عقار (إل إس دي) وما زال يزيـــد بشكل تدريجي بين طلاب كل الصفوف الثلاثة خلال الســـنوات العديـــدة الماضية وذلك طبقاً لمسح المراقبة المستقبلي. وهذه الزيادة في الانخفاض خــلال التاريخ السابق تعد رد فعل جزئي لإدراك الخطر أو الخطـــر الـــذي يســـببه استخدام هذا العقار (جامعة ميتشيجان ,University of Michigan) 1994.

## الهيروين،والأفيونات الأخرى Heroin and Other Opiates

ومن خلال مسح المراقبة المستقبلي، وجد نسبة صغيرة فقط مـــن طـــلاب الصفـــوف المتقدمة بالمدارس الثانوية قد أقرت بالتعلق باستخدام الهيروين طول الوقت ،أو التعلق باســـتخدام الأفيونات الأخرى طول الوقت. وهذا النمط من الاستخدام قد وصل أعلي نسبة له خلال عـــام ١٩٧٥حيث أقر ٢,٢ ٪ من طلاب الصفوف المتقدمة بالمدارس الثانوية قـــد أقـــرت بـــالتعلق باستخدامه ، وهذه النسبة قد انخفضـــت لتصـــل ٠,٩ ٪ خـــلال عـــام ١٩٩١ ،ثم عـــادت للزيادة مرة أخرى لتصل ١,١ ٪ خلال عام ١٩٩٣. إلا أن الجزء الأكبر من هذا الانخفاض قـــد حدث خلال نهاية السبعينات. كما أن اســـتخدام الأفيونـــات الأخـــرى أمـــر شـــائع بـــين كثير من الطلاب. ولقد تلي فترة استقرار المدى للتعلق باستخدام

هذه المواد طول الوقت بين ٩,٠ ، ١٠,٣ ٪ ، وانخفضت هذه النسبة خــلال الفترة الزمنية الممتدة من عام ١٩٨٨ إلى ١٩٩٣ لتصل إلى ٦,٤ ٪. وبالنســبة للمراهقين خلال المسح القومي للبيوت ، **أقر أقــل مــن ١٪ (٠,٧) مــن المراهقين في سن من ١٢ إلى ١٧ سنة باستخدام الهيروين طول الوقــت خــلال عام ١٩٩٠ بينما أقر ٦,٥٪ بالاستخدام غير الطبي للمسـكنات (DHHS, 1991). كما أظهر أن أنماط التعلق بالاستخدام الشهري للهيروين تتشــابه** مع أنماط التعلق باستخدامه طول الوقت مع وجود اتساق واضح في النســب التي تتراوح من ٠,٢ إلى ٠,٤ ٪ من طلاب الصفوف المتقدمة الذيــن أقــروا بالاستخدام الشهري لهذه المادة . وبالنسبة لاستخدام الأفيونات الأخرى الــتي استخدمت خلال الشهر السابق من قبل ١,٣ ٪ من طلاب الصفوف المتقدمة خلال عام ١٩٩٣، **قد وصل إلى قمته مع التعلــق بالاســتخدام الشــهري** لهذه المواد في نهاية عام ١٩٧٠، **كما أن الاســتخدام اليومــي لكــل مــن** الهيروين والأفيونات الأخرى **قد تم الإقرار به عند مستويات دالة مــن قبــل ٠,١ ٪ من طلاب الصفوف المتقدمة بالمدارس الثانوية خلال عــام ١٩٩٣.** وطبقاً لمسح المراقبة المستقبلي لطلاب الصفوف الثامنة خــلال عــام ١٩٩٣ أقر ١,٤ ٪ منهم بالتعلق باستخدام الهيروين طــول الوقــت، كمــا أقــر

٤,٠ ٪ منهم بالاستخدام الشهري له ، كما أقر ١,٣ ٪ من طـــلاب الصفوف العاشرة بالتعلق باستخدامه طول الوقت ، في حين اقر ٠,٣ ٪ منـــهم بالاستخدام الشهري له وذلك خلال عام ١٩٩٣.

المنبهات Stimulants

توجد نسبة دالة من طلاب الصفوف المتقدمة بالمدارس الثانويـــة قـــد أقرت باستخدام المنبهات بما في ذلك الأمفيتامينـــات amphetamines . فخلال عام ١٩٩٣ أقر ١٥,١ ٪ من هؤلاء الطلاب باستخدامهم للمنبـــهات في بعض الأوقات من حياتهم، وهذه الصورة تمثل انخفاض ثابت من الصـــورة المعدلة التي بلغت ٢٧,٩ ٪ خلال عام ١٨٨٢ عندما كان هناك ارتفاعاً كبـيراً في استخدام هذه المواد خلال بداية الثمانينات من هـــذا القـــرن، وبالنســـبة للمراهقين في سن من ١٢ إلى ١٧سنة كما أن الانتشار قد ظل ثابتاً عند - إلى حد كبير عند أعلي مستوي له والذي بلـــغ ٥,٢ ٪ خـــلال عـــام ١٩٧٧، ومـــن خـــلال أحـــدث تقريـــر، وصلـــت النســـبة إلى ٤,٥ ٪ في عام١٩٩٠(DHHS, 1991)، ومن خلال مسح المراقبة المستقبلية أقـــر ٣,٧ ٪ من طلاب الصفوف المتقدمة بـــالمدارس الثانويـــة بانتشـــار الاســـتخدام الشهري خلال عام ١٩٩٣، وهذا يتفـــق مـــع البيانـــات الأخـــرى عـــن

استخدام كل المنبهات والمواد التخليقية الأخرى، كما أن انتشار الاستخدام الشهري للمنبه قد انخفض منذ بداية الثمانينات من أعلى نسبة معدلة له ،والتي قد بلغت ١٠,٧ ٪، كما أن نسبة انتشار الاستخدام الشهري للمنبه من قبل المراهقين في سن من ١٢ إلى ١٧ سنة قد بلغت ١,٠ ٪ خلال عام ١٩٩٠ وذلك بعد أن بلغت أقصي ارتفاع لها وهي ٢,٦ ٪ خلال عام ١٩٨٢.(DHHS, 1991). وبالنسبة للاستخدام اليومي، ومن خلال ما أقر به طلاب الصفوف المتقدمة بالمدارس الثانوية، انخفض هذا النمط من الاستخدام منذ بداية الثمانينات، ومع بداية عام ١٩٩٣بلغت نسبة التعلق باستخدام هذه المواد ٠,٢ ٪. وبالنسبة للمراهقين الصغار ، أقر ١١,٨ ٪ من طلاب الصفوف الثامنة بالتعلق باستخدام هذه المواد طول الوقت خلال عام ١٩٩٣ ؛كما أقر التعلق ٣,٦ ٪ منهم بالاستخدام الشهري لها ، بينما أقر ١٤,٩٪ من طلاب الصفوف العاشرة بالتعلق بالاستخدام طول الوقت ، وأقر ٤,٣٪ بالتعلق بالاستخدام الشهري لها ،وعلى الرغم من الانخفاض الدال الذي حدث مع بداية الثمانينات إلا أن استخدام المنبه قد ارتفع بين طلاب الصفوف الثلاثة خلال السنة أو السنتين الماضيتين .

علي الرغم من أن معظم المسوح تقريباً تفصل بين استخدام المخمدات والمسكنات، إلا أن هذين الصنفين من المواد تودي إلي كف نشاط الجهاز العصبي المركزي ، وبالنسبة لاستخدام المخمدات طول الوقت بين طلاب الصفوف المتقدمة بالمدارس الثانوية، أشارت النتائج إلي انخفاض ثابت منذ منتصف وحتى نهاية السبعينات بعد أن وصل إلي أعلي نسبة له والتي بلغت ١٨,٢ ٪ خلال عام ١٩٧٥ كما انخفضت نسبة استخدام المخمدات طول الوقت إلي أقل من ٦,١ ٪ خلال عام ١٩٩٢ قبل ارتفاعه مرة أخرى خلال عام ١٩٩٣ ليصل إلي ٦,٤ ٪. ويحتل استخدام حامض السبرتيوريت Barbiturate المكانة الأولي بين معظم المخمدات المستخدمة من قبل طلاب الصفوف المتقدمة مع وجود انخفاض في النمط المشابه من خلال تقارير استخدامه طول الوقت . ارتفعت نسبة التعلق باستخدام الميثاكوالون ( القلويات) Methaqualone (Quaalude) فبلغت ذروتها حيث وصلت إلي ١٠,٧ ٪ خلال عام ١٩٨٢ ، ثم تلي ذلك الارتفاع انخفاض دال في استخدامها حتى وصلت النسبة إلي ٠,٨ ٪ في عام ١٩٩٣، ولقد أظهر استخدام الترانكليزر tranquilizer طول الوقت نمط مشابه من الارتفاع حيث وصلت نسبة استخدامه إلي ١٨,٠ ٪ خلال عام ١٩٧٧ ثم انخفض

بدرجة دالة لتصل نسبته إلي ٦,٠ ٪ في عام ١٩٩٢ ، ثم ارتفعت هذه النسبة مرة أخري لتصل إلى ٦,٤ ٪ خلال عام ١٩٩٣،ولقد ظلت نسبة التعلق بالاستخدام طول الوقت من قبل القاعدة العريضة من المراهقين الذين تراوحت أعمارهم من ١٢ إلى ١٧ ثابتة عند أعلي مستوي لها وذلك من خلال ما أقر به ٥,٨٪ منهم باستخدام المخمدات خلال عام ١٩٨٢، كما أقر ٣,٣٪ منهم باستخدامه طول الوقت خلال عام ١٩٩٠. ويوازي استخدام الترانكليزر مع استخدام المخمد عند أعلي نسبة لهما والتي بلغت ٤,٩ ٪ فى عام ١٩٨٢ ،٢,٧٪ في عام ١٩٩٠،وبالنسبة للتعلق الشهري باستخدام لكل من المسكنات والمخمدات وجد نمط مشابه من الانخفاض الملحوظ في الاستخدام طول الوقت لكل منهما ، فمن أعلي ارتفاع لهما خلال نهاية السبعينات حدث انخفاض في التعلق بالاستخدام الشهري لاستخدام كل من منهما وذلك من خلال ما أقر به طلاب الصفوف المتقدمة بالمدارس الثانوية ، وفي عام ١٩٩٣ أقر ١,٣ ٪ من هؤلاء الطلاب باستخدام المخمدات والمسكنات خلال الشهر السابق علي إجراء المسح . كما أن المستويات الحديثة من التقارير بالاستخدام اليومي كانت أقل من ٠,١ ٪ لكل أنواع هذه المواد خلال عام ١٩٩٣.

## المنشطات Steroids

لقد تم مؤخراً مسح استخدام المنشطات من قبـــل طـــلاب الصفـــوف المتقدمة من المدارس الثانوية عن طريق مسح المراقبة المستقبلي فقط. وخـــلال عام ١٩٨٩عند السؤال عن استخدام المنشطات ظهر أن ٣,٠ ٪ من طـــلاب الصفوف المتقدمة قد أقروا باستخدامها عبر مراحل الحياة، وفي عـــام ١٩٩٣ أقر ٢,٠٪ من هؤلاء الطلاب بانتشـــار اســـتخدامها ، وبالنســـبة لانتشـــار الاستخدام الشهري لها، أقر به ٠,٧ ٪ من طلاب الصفوف المتقدمة خـــلال عام ١٩٩٣، وبالنسبة للاستخدام اليومي أقر به ٠,١ ٪ أو أقل من هـــؤلاء الطلاب خلال عامي ١٩٨٩ ، و١٩٩٣.

كما أقر ١,٩ ٪ من طلاب الصفوف الثامنة بانتشار استخدامها عبر مراحـــل الحياة ،في حين أقر ١,٨٪ من طلاب الصفوف العاشرة بنفس النمـــط مـــن الاستخدام .

## التبغ والسجائر Cigarettes and Tobacco

لقد ظهر انخفاض تدريجي في نسبة التعلق طول الوقـــت باســـتخدام السجائر من قبل طلاب الصفوف المتقدمة بالمدارس الثانوية منذ عـــام ١٩٧٧ عندما أقر ٧٥,٧ ٪ من هؤلاء الطلاب باستخدام السجاير طـــول الوقـــت.

وتلى ذلك انخفاض ملحوظ حيث أقر ٦١,٩ ٪ من طلاب الصفوف المتقدمة باستخدام السيجارة عبر مراحل الحياة خلال عام ١٩٩٣، وبالنسبة لانتشار الاستخدام الشهري من قبل الطلاب في الصفوف المتقدمة ظهر ثبات أكبر عند أقصى نسبة خلال عام ١٩٧٦والتي بلغت ٣٨,٨٪ ، ثم انخفضت هذه النسبة لتصل إلى ٢٧,٨ ٪ في عام ١٩٩٢، ثم تلي ذلك ارتفاع في النسبة مرة أخرى لتصل إلى ٢٩,٩ ٪ خلال عام ١٩٩٣، ولقد انخفضت نسبة الاستخدام اليومي باتساق من أعلي نقطة له وهي ١٩,٤ ٪ من قبل طلاب الصفوف المتقدمة الذين أقروا بالاستخدام اليومي للسجاير خلال عام في ١٩٧٧إلى ١٨,١٪ ، ١٩,٠ ٪ من قبل طلاب الصفوف المتقدمة بالمدارس الثانوية الذين أقروا بالاستخدام اليومي خلال عامي ١٩٩١، ١٩٨٨ على التوالي. ومن هؤلاء الطلاب يدخنون يومياً ، ٦٠٪ منهم تقريباً يدخن ما يقرب من نصف علبة سجائر أو أكثر يومياً ( جامعة ميتشيجان، (University of Michigan, 1994; ، (جونستون، أومالي وباتشمان، .(Johnston, O'Malley, & Bachman, 1991).وفي عام ١٩٩٣أقر ٤٥,٠ ٪ من طلاب الصفوف الثامنة بانتشار التدخين عبر مراحل الحياة ، كما أقر ٨,٣ ٪ منهم بالتدخين يومياً ، كما أقر معظم المدخنين

تقريباً باستهلاك ما يقرب من نصف علبة أو أكثر يومياً. كما أقـــر ٥٦,٣ ٪ من طلاب الصفوف العاشرة بانتشار التدخين عبر مراحل الحيــــاة ،١٤,٢ ٪ منهم قد أقروا بانتشار التدخين اليومي. وأقر ما يقرب من نصـــف طــلاب الصفوف الثامنة والعاشرة الذين يدخنون باستهلاك نصف علبـــة ســـجاير أو أكثر يومياً .

## الميول الجماعية والعالمية Cohort and Secular Trends

أشارت البيانات إلي أن انتشار استخدام الأصناف المفردة للمواد مـــن قبل معظم المراهقين يشير بوضوح إلي الميل نحو الانخفاض التدريجي علي المـدى الطويل لاستخدام أي مادة تخليقية ، مع زيادة تدريجية في الاســـتخدام منـذ حدوث ذلك الانخفاض خلال السنوات القليلة الماضية. وعلـــي الرغـــم مـــن اختلاف نسب الانخفاض وتوقيت الزيادات القصوى في استخدام الأصنـــاف المفردة من المواد،

إلا أن هذا الانخفاض قد وجد بشكل واضح في استخدام كل المـــواد تقريبـــاً وعلي كل المستويات من الاستخدام خلال نهاية الثمانينات وبداية التســعينات من هذا القرن .كما أن الزيادات الأخيرة كانت أكثر وضوحاً في اســـتخدام الماريجوانا ،وعقار (إل إس دي،LSD) والمستنشقات، والمنبهات . كمــا أن الانخفاض في استخدام المواد من قبل المراهقين خلال الثمانينـــات في الفـــترة الماضية كان أكثر وضوحاً وبصفة خاصةً في التعلق طول الوقت أو في كثـــير

من المراهق الذين لم يحاولوا أبداً أن يجربوا استخدام أي مادة من المواد النفسية . ولقد اشتمل ذلك علي وقت فترات الذروة للتعلق طول الوقت وانخفاض النسبة المئوية للأعمار الزمنية وقت استخدام كل مادة منذ ارتفاع نسبة الاستخدام إلي ذروتها حتى مستوي عام ١٩٩١ . وإجمالاً فإن استخدام أي مادة من المواد التقليدية قد بلغ ذروته تقريباً خلال بداية الثمانينات من هذا القرن ، ثم تلي ذلك انخفاض تدريجي في الاستخدام بنسبة ٣٢٪ حتى عام ١٩٩١. بينما شوهد انخفاض دال في التعلق بالاستخدام طول الوقت في كل من الكوكايين، والأفيون ، والماريجوانا ، والمنبهات ، والمخمدات ، والمسكنات خلال العقد الماضي، وانخفاض أكثر إيجابية في استخدام الكحول، والمستنشقات،وتدخين السجاير

والمواد السابق ذكرها تمثل أغلب المواد توفراً. كما ظهر انخفاض أكثر في التعلق بالاستخدام الشهري في حالات الشرب الشديدة للكحوليات. حيث انخفض التعلق الشهري باستخدامها بنسبة ٢٥ ٪ من طلاب الصفوف المتقدمة خلال نهاية السبعينات من هذا القرن، ولقد انخفض معدل حالة الشرب الثقيل التي تعرف علي أنها تعاطي الكحوليات أكثر من خمس كاسات أو أكثر في المرة الواحدة وعلي مدار الأسبوعين السابقين Heavy drinking status, defined as the use of five or more drinks in a row in the prior two week period بنسبة ٢٨ ٪ خلال نفس الفترة الزمنية . كما انخفض انتشار بالاستخدام الشهري للمواد المفردة

الأخرى بالتوازي مع الانخفاض الدال الملحوظ في انتشار استخدام هذه المــواد عبر مراحل الحياة . ويمكن إرجاع الانخفاض السابق إلى التغييرات الحادثــة في إدراك أخطار، وأضرار، وعدم القبول المرتبط باستخدام المواد النفسية ، كمــا أن الزيادات الأخيرة في استخدام بعض المواد قد ترجــع بصفــة جزئيــة إلى الانخفاض في إدراك المخاطر الناتجة عنها والتغيــيرات الســلبية الأخــرى في الاتجاهات والمعتقدات خلال السنوات القليلة الماضية ( جامعــة ميتشــيجان University of Michigan 1994). كما أن الوصول إلى المــواد قــد يشكل تأثير قليل علي الاستخدام في أحسن الأحوال، وهذا ما كشفت عنــه تقارير طلاب الصفوف المتقدمة بالمدارس الثانوية بأن توفر المــواد قــد ظــل مستقراً ،بل وزادت العقدين الماضيين . وقبل افتراض وجهة النظر المتفائلة عــن التوقع بانخفاض استخدام المواد بين المراهقين، يجب علينا أن نتذكر بأن معظــم الاستطلاعات قد تمت علي عينات غير كافية من المراهقين ذوي الخطر العــلي، فمن خلال البيانات المستمدة من كندا، علي الرغم من وجود انخفاض كبــير في مستويات، إلا أنه لم يلاحظ انخفاض في المشكلات الأكثر جدية (سمــارت، أدلول، ووالش، Smart. AdloL & Walsh, 1994). هذا الاكتشــاف يشير إلى احتمالية وجود نسبة ثابتة، ولا تتغير نســبياً مــن المراهقــين ذوي التعاطي المشكل للكحوليات، كما أن التغييرات الحادثة في النسب الإجماليــة لاستخدام المواد لا تنبئ بحدوث تغييرات مشابهة في نسبة سوء استخدام المــواد من قبل المراهقين.ولقد أشارت دراسات أخرى إلى زيادات عالية في نســب سوء استخدام المواد خلال السنوات الماضية كما أن معظم هــذه الزيــادات

تكون بين الأفراد ذوي الخطر العالي الذين يكونون أكثر تأثـــيراً ( رايتـــش، كلونيجير، فان ليرديويغ، ريس ومـــولاني، Reich, Cloninger. Van) (Lerdewegh, Rice, & Mullaney, 1988.

**العلاقات بسوء استخدام المواد الأكثر حداثـــة Relationships with Later Substance Use**

لقد أمدنا مسح المراقبة المستقبلي أيضا بمتابعات سنوية للجماعات حتى بدايـــة مرحلة البلوغ، كما أن فحص أنماط استخدام المواد في مرحلة ما بعد المراهقـــة قد تزودنا بدلائل عن احتمالية الاستمرار في سلوك استخدام المـــواد، وعلـــي الرغم من أن كل بدايات سوء استخدام المواد تحدث قبل المراهقة أو خلالهـــا ، إلا أن النسبة الأساسية من الشباب الذين قد حاولوا على الأقل اســـتخدام أي مادة تخليقية (بدلا من الكحول أو السجائر) يستمرون في زيادهما بصورة أكـــبر عندما يصبحون في بداية أو منتصف سن العشرين، وعلي الرغم من أن التعلـــق طول الوقت باستخدام معظم العقاقير يصبح أعلى بين المجموعـــات العمريـــة الأكبر سناً ، إلا أن الاستخدام النشط للمواد التخلقية يبقـــى في مســـتويات مشابه لتلك التي يقر بها طـــلاب الصفـــوف المتقدمـــة بـــالمدارس الثانويـــة، والاستخدام النشط، كما يتم تعريفه علي أنه التعلق بالاستخدام السنـــوي أو الشهري أو الاستخدام اليومي، يكون مناسب لاستخدام أي مادة تخليقيـــة أو استخدام الماريجوانا، ولكن الأفراد في بداية مرحلة البلوغ يكون لديهم تعلـــق سنوي أقل بالمستنشـــقات، وعقـــار (إل إس دي LSD) ، والمخمـــدات ،

ربما يكونوا أكثر إقراراً بتعاطي كميات أكبر حيث بلغت نسبة من يتعـــاطي منهم ٣٩ ٪ ، يتعاطون خمسة كاسات أو أكثر خلال الأسبوعين الأخـــيرين، بينما أقر ٢٤ ٪ من الإناث بهذا النمـــط مـــن الاســـتخدام ، أمـــا بالنســـبة للاستخدام اليومي للكحول فقد أقر به ٥,٢ ٪ من الذكور مقـــابل ١,٩ ٪ من الإناث، وعلي نحو مشابه، كان انتشار استخدام الماريجوانا عبر مراحـــل الحياة هو الوحيد فقط الذي كان أعلى قليلاً بين الذكور عن الإناث، وعلـــي الرغم من أن الاستخدام اليومي كان أعلي ثلاث مرات لصالح الذكور عـــن للإناث. كما كان انتشار استخدام العقاقير التخليقية عبر مراحل الحياة كبديـل للماريجوانا قد أقر به ١٩ ٪ من الذكور في مقابل ١٦٪ من الإنـــاث، بينمـــا ..... ، زادت معدلات انتشار الاستخدام السنوي لكـــل العقاقـــير التخليقيـــة بدرجـــة كبـــيرة بـــين الذكـــور فيمـــا عـــدا المســـكنات والماســـكولين methaqualone التي كانت نسب استخدامها متســـاوية تقريبـــاً بـــين الجنسين، وبالنسبة للسجائر، توجد فروق بسيطة بين الذكـــور والإنـــاث في استخدامها، حيث أن نسبة الذكور الذين يدخنون نصف علبـــة ســـجاير أو أكثر يومياً ، أكبر قليلاً (١١,٦ ٪) من الإناث اللاتي يدخن نفـــس الكميـــة (١٠,٨ ٪) ، علي الرغم من عدم وجود فروق في كيفية التدخين اليومي.

على مدار العقد ونصف الماضيين علي إجراء مسح المراقبة المستقبلي، بقيت الفروق بين الجنسين في أنماط المواد بصفة عامة بدون تغير مع وجود ميول متوازية لكل من الجنسين، كما أن الفروق بين الجنسين في استخدام كل من الماريجوانا، والمسكنات، والكحوليات، قد شهدت انخفاضاً إلي حد ما خلال السنوات الأخيرة، ولقد أظهرت نتائج المسح القومي لصحة المراهق National Adolescent health Survey، (ويندل، Windle, 1991) أن الفروق الجنسية بين الطلاب الذين يتعاطون الخمور قد تقلصت، علي الرغم من أن الذكور أكثر تكراراً لعملية التعاطي، كما توجد فروق بسيطة جداً بين الجنسين في عدد مرات التعاطي الشديد (علي سبيل المثال، خمس مرات أو أكثر علي التوالي خلال الأسبوعين الأخيرين) من قبل طلاب الصف الثامن. وعلى أية حال، فإن طلاب الصف العاشر من الذكور قد أقروا بالتعاطي الشديد بنسبة أكبر (٤٠ ٪) مما أقر به الإناث (٣٣٪)، كما أن هذه الفروق تستمر حتى الصف الثاني عشر عندما يقر ٤٥ ٪ من الذكور بالتعاطي الشديد في ٢٨,١ ٪ من الإناث خلال هذه الفترة .

**العرقية والإثنيولوجية Race and Ethnicity**

أشارت الدراسات المبكرة التي أجريت خلال السبعينات من هذا القرن علي الشباب الأمريكان من أصل أفريقي إلي عدم وجود فروق في أنماط التعاطي ناتجة العرق في العينات الريفية ، علي الرغم من انخفاض في نسبه من يتعاطون، ومن يتعاطون بشدة من هؤلاء الشباب (داوكينس

(Dawkins,1976) ، (غلوبيلتي، Globeltti,1970) ، ولقد أشارت الدراسات الحديثة التي أجريت علي العينات المتعددة الأعراق multiethnic من المراهقين إلي وجود فروق معتدلة ولكنها دالة في تكرار استخدام المواد بين الأمريكان الأفارقة ، والأسبان، والقوقازيين،والآسيويون (ماداهيان، نيوكومب، وبنتلير (Maddahian, Newcomb, & Bentler,1986 1988 ؛ (نيوكومب وبنتلير Newcomb & Bentler. 1986) ، كما أن القوقازيين، والأسبان يستخدمون الكحول والعقاقير الشديدة " بتكرار أكثر من الأمريكان الأفريقيين والآسيويين، كما أن القوقازيين يستخدمون أيضاً الماريجوانا بتكرار أكبر يليهم في ذلك الأمريكان الأفريقيين، ثم الأسبانيين، ثم الآسيويون. كما أشارت نتائج دراسة المراقبة المستقبلية إلي وجود ميول مشابهة (باتشمان Bachman et al., 1991). فالأمريكان الأصليين ينتشر بينهم معدلات عالية من تدخين السجاير، تعاطي الكحول،ومعظم العقاقير التخليقية، بالنسبة لمعظم العقاقير، فإن الطلاب البيض أكثر اتساقاً في النسب المرتفعة من الطلاب الأسبان، والطلاب الأمريكان الأفارقة، أو الطلاب الآسيويين الذي لديهم معدلات أقل من استخدامها، كما أن الطلاب الأمريكان الأفارقة ينتشر بينهم استخدام هذه العقاقير بنسب أقل وبشكل متسق من الطلاب البيض، كما أن المستويات المنخفضة لاستخدام الكحول من قبل الشباب الأمريكان الأفارقة هي صورة أخري تم إيضاحها من قبل الاكتشافات التي أظهرت أن الطلاب الأمريكان الأفارقة يشكلون أكبر نسبة ممن يمتنعون من استخدام الكحول علي مستوي العمر الزمني أو عبر مستويات

الدراسة، ومجموعات الجنس (ويندل، Windle. 1991 ) ، كما كان الطلاب الأسبان أكثر احتمالا في تكرار المتعاطين. وبالاتساق مع بيانـــات الانتشـــار، يتضح أن الشباب الأمريكان الأفارقة أقل في عوامل خطر ســـوء اســتخدام الكحول من المراهقين البيض أو الأسبان المتشابهين تقريباً في مســتويات مـــن الخطر (ماداهيان، نيوكورنب، وبنتلير،& Maddahian, Newcomb) Bentler, 1988 . وكما اتضح من خلال الميول العالمية العامة، فإن أنمـــاط استخدام المواد النوعية من قبل مجموعات نوعية من المراهقين قد تتغير بشـــكل سريع، علي سبيل المثال، النمو المتفجر في استخدام كراك الكوكايين من قبـــل الشباب الأمريكان الأفارقة الصغار في المناطق الحضرية، خلال العقد المـــاضي قد يكون له تأثير في التغييرات الحادثة داخل أسر ومجتمعات المراهقـــين مـــن الأمريكان الأفارقة ،

وبالنسبة لهذه التغيرات الدالة ربما لا تكون دقيقة في الوقت الراهن، حيث أنهـــا اعتمدت علي الدراسات القديمة التي أجريت خلال العقد والتي تم ذكرها مـــن قبل .

### الاختلافات الإقليميه Regional Differences

يبدو وجود فروق في أنماط استخدام المواد من قبل الطلاب في المناطق المختلفـة من الولايات المتحدة، وطبقاً لمسح المراقبة المستقبلي، فإن أكبر انتشار ســنوي من استخدام العقاقير التخليقية يكون في الشمال الشرقي منها حيث أقـــر ٣٦ ٪ من طلاب الصفوف المتقدمة بالمدرسة الثانوية باستخدامها خـــلال الســـنة

الماضية، وفي الجنوب تكون نسبة الانتشار السنوي أقل حيث تصل ٢٨٪، وفي المناطق المركزية الشمالية والغربية التي تلي المناطق القريبة من الشمال الشرقي فتبلغ نسبة الانتشار بها ٣٤ ٪. كما أن الأنواع الغربية أعلى في الانتشار السنوي لاستخدام أي عقار تخليقي كبديل للماريجوانا، وهذا يرجع إلى الفروق الإقليمية في الاستخدام السنوي للكوكايين، وفي عام ١٩٩٠ كانت نسبة الانتشار السنوي ٦,٦ ٪ في الولايات الغربية ، ٦,٥ ٪ في الولايات الشمالية الشرقية ، ٤,٨ ٪ في الجنوبية ، ٤,١ ٪ في الولايات المركزية الشمالية، وعلى نحو مشابه، كان الانتشار السنوي للكراك، والمهلوسات، وثلج الكوكايين أعلى أيضا في الغرب، بالنسبة لاستخدام الكحول، وخاصةً نسبة الذين يتعاطونها بكميات كبيرة ، كانت أعلى في الولايات الشمالية الشرقية، والشمالية المركزية عن الولايات الغربية أو الجنوبية . ومن خلال مفاهيم الميول على مدار الزمن، يتضح أن الفروق الإقليمية كانت أقل ما يمكن بالنسبة لجميع المواد فيما عدا استخدام الكوكايين، وخلال منتصف السبعينات كان هناك تباين قليل نسبياً في انتشار استخدام الكوكايين عبر مراحل الحياة من قبل طلاب الصفوف المتقدمة بالمدرسة الثانوية، ومع التقدم نحو الثمانينات من هذا القرن، زاد وباء استخدام الكوكايين، فكان استخدامه عبر مراحل الحياة في الولايات الغربية، والمثلث الشمالي الشرقي بينما تضاعف في القطاع المركزي الشمالي وازداد في

الولايات الجنوبية لتصل النسبة ٣٠٪ فقط، ومن ثم فإن انحسار الوباء تخفضه الاختلافات الإقليمية.

الخلاصة

لقد شهد الربع الماضي من هذا القرن زيادة مثيرة في المراهقين الذين يستخدمون عدد متنوع من المواد النفسية التي يساء استخدامها، وعلى الرغم من الانخفاضات الأخيرة في انتشار الاستخدام عبر مراحل الحياة والاستخدام السنوي لهذه المواد، أظهر المراهقون في الولايات المتحدة مستوى دال من التعنق بهذه المواد، كما أن غالبية هذا التعلق يمكن تعريفه علي نحو أفضل بأنه استخدام عرضي، وأحياناً تزداد هذه النسب مع زيادة المستويات الكمية في حالة الكحول، والتي تساوي تقريباً واحد من بين كل ثلاثة مراهقين قد يصلون إلى حالة التسمم خلال أي فترة زمنية ولمدة أسبوعين، وكثير من هؤلاء المراهقين تنطبق عليهم المعايير التشخيصية لسوء استخدام الكحول في الفترة السابقة علي مرحلة البلوغ في بعض الأحيان، كما أن معدلات استخدام المواد النوعية تختلف باختلاف العمر الزمني ، الجنس، والعرق، كما أن هذه النسب قد تتغير أيضاً عبر الأجيال أو بين جماعة المراهقين، كما أن معرفة الاختلافات السكانية من خلال الدراسات الوبائية لاستخدام وسوء استخدام المراهق للمواد يسمح بفهم تباين خطر استخدام المواد وسوء استخدامها عبر مختلف الجماعات الفرعية من المراهقين.

# الفصل الرابع

# التطور والمخاطرة والنتائج

## Development, Risk and Consequences

## الفصل الرابع

### التطـــور والمخـــاطرة والنتـــــائج Development, Risk and Consequences

على الرغم من حداثة مفهومنا الحالي عن المراهقة بأنها ظاهرة حديثـــة نسبياً، إلا إنها مرحلة متميزة وثابتة وراسخة من تطور حياة الفرد في المجتمـــــع الغربي وثقافته (أريس Aries, 1962) ، ولقد انتشر استخدام المـــواد بـــين الشباب في المجتمع الغربي الحديث بصورة أكبر مما كانت عليه في السابق (علـــي سبيل المثال انتشار الكحول في المستعمرات الأمريكية) نتيجة لعـــــدم تجـــريم الشباب على استخدامهم لهذه المواد وفي نفس الوقت عدم تشـــجيعهم علـــي عدم استخدامهم لها من قبل المجتمع أو من هيئاته الاجتماعية المسؤولة، ولــــذا سيستمر استخدام المواد من قبل المراهقين بشكل كبير بين الأجيـــال القادمـــة والتي تليها.

ومن ثم يجب علي المجتمع أن يأخذ على الأقل في اعتبـــــاره وجـــود مستوي معين من استخدام المواد لأنه موجود ومتوطن بالفعل ــ مثل الأنمــاط المتناقضة من موضة الأزياء وقصات الشعر ــ ومن ثم يجب تضمينه في المفـــهوم النفسي والاجتماعى للمراهقة.

كيف يكون استخدام المراهقين للمواد ملائم ضمن الإطـــار الواســـع للنمو الطبيعى أو الشاذ ؟ ولأغراض فهم المشكلات المرتبطة باستخدام المـــواد،

كيف يمكن توضيح سوء استخدام المراهقين للمـــواد في ضـــوء المشــاكلات المرتبطة بنمو المراهق ؟

النمو " الطبيعي " للمراهق

كالولادة والموت، يمكن التعرف على بداية مرحلة المراهقة من خـــلال أكثر العلامات النمائية ظهوراً، وهي علامات البلوغ، حيث يتمـــيز البلـــوغ بعدد من التغييرات الجسمية التي تشمل فترة النمو السريع مع وجـــود أنمـــاط مختلفة من النمو لكل من الجنسين (تانير Tanner,1962). ويتم التحكـــم في أنماط النمو بدرجة كبيرة من خلال التغيرات الحادثة في الهرمونات الجنســـية gonadotrophic الـــتي تفـــرز خـــلال مرحلـــة المراهقـــــة (تانـــير Tanner,1962). وبزيادة النمو يزداد حجم المراهق وشــــكله، ويصبـــح المراهق (أو المراهقة) مختلفاً كمياً ونوعياً عن من هم أصغر منه أو عن أقرانـــه في مرحلة ما قبل البلوغ. كما أن التغيرات التي تؤدي إلي تغير في الهوية الجســـمية تعد دليلاً واضحاً علي أن المراهق لم يعد طفلاً كبيراً، ولكنه أصبـــح فعـــالاً ومؤثراً في كل من المراهقين وفي معظم البالغين، بما في ذلك الوالدان.

وللهرمونات، وبصفة خاصــــة هرمـــون الذكـــورة (الأندروجـــين) androgens تأثير على السلوك، حيث أنها تؤدي إلي زيــــادة واضحـــة في الدافع والطاقة الجنسية. كما أن التغيرات الحادثة في مســـتويات الهرمونـــات الجنسية، على الرغم من فهمها بشكل ضعيف، يكون لها تأثـــيرات ســـلوكية وانفعالية بما في ذلك العدوان (ريتر Rutter,1979) .

ولقد أوضحت الأدلة المتراكمة عن ارتباط مرحلة ما بعد البلوغ بزيادة وجـود عدد كبير من الاضطرابات السيكاترية بدرجة دالة (بيركي، بـيركى، ريجـير وراعي Burke, Burke Reiger& Rae, 1990) . كما يؤدي تغـير الخصائص الجسمية والخصائص الجنسية الثانويـة للمراهـق إلي تغـيرات في علاقاته الاجتماعية، وخاصة زيادة اهتمامه بأقرانه من الجنـس المغـاير لـه واهتماماته بالجنسية الغيرية، وقد يتم تدعيم التغيرات الاجتماعيـة للمراهـق وتوقعاته من خلال التغيرات الأخرى الحادثة في البيئة الاجتماعية المحيطة بـه، والتي تشتمل على انتقاله من المدرسة الابتدائيـة إلي المدرسـة المتوسـطة أو المدرسة الثانوية، وبزيادة " البلوغ " يمارس المراهقـون الأكـبر سـناً عـادة الاستمناء، كما يمارسون أشكالاً أخرى من النشاط الجنسي الـذي يشـتمل على الاتصال الجنسي فيما بعد، والذى يسـتمر خـلال مرحلـة المراهقـة (بروكس، جانن وفورسـتينبيرج، Brooks-Gunn & Furstenberg, 1989) .

وتعد مرحلة المراهقة من الفترات الحرجة في النمو المعرفي ومع التقـدم النهائى نحو البلوغ، وعلى الرغم من توقيت التغيرات المعرفية والنماذج العالميـة المتنوعة للمراهقة والمقرونة بالتأثيرات البيئة على النمو المعرفي إلا أنها تبقى أقـل من أن تكون ثابته بدرجة كبيرة، وهناك تغيرات مؤكدة تكمـن في مقـدرة المراهق على استيعاب وفهم معطيات العالم وظواهره، ومع بزوغ مـا أسمـاه بياجيه بالتفكير الإجرائي الشـكلي formal operational thinking (بياجيه، Piaget,1969) ، يصبح الشاب في مرحلة ما بعد البلوغ قادراً علـى

صياغة واختبار الفروض التي تدور حول ظاهرة ما في العالم، كما يصبح قادراً على التفكير وحل المشكلات باستخدام المفاهيم المجردة، وعلى الرغم من مقدرة المراهقين على امتلاك عدد من الخلفيات المتنوعة لإنجاز مستويات كافية من العمليات الشكلية ذات الدلالات المتباينة، إلا أنه بشكل عام تزداد قدرتهم على التفكير بنمط نظري، على مقياس الزمن العريض، وأن يعكسوا ذلك بشكل دال على أفكارهم الشخصية، وعلى أية حال فإن التغيرات المعرفية والاجتماعية خلال مرحلة المراهقة ليست في وضوح التغيرات الجسمية التي يمكن رؤيتها بوضوح في سن البلوغ، كما أن التغيرات الاجتماعية والمعرفية غالباً ما تتم بصورة تدريجية وغير متصلة، وقد لا تحدث بشكل معياري لكل جماعات المراهقين في مجتمعنا.

## مهام النمو في مرحلة المراهقة Developmental Tasks of Adolescence

يقع خلف الأساس الجسمي، قاعدة بيولوجية تؤدي إلى إنجاز النضج الجسمي وإلى النمو الوظيفي الفسيولوجي للراشد، ويعد تقسيم النمو الاجتماعي والمعرفي إلى مراحل أمراً تقليدياً، كما أن إكمال خصائص مهام معينه لكل مرحلة من مراحل النمو يتطلب نوعاً من التقدم الناجح من مرحلة إلى مرحلة أخرى، وداخل المجال المعرفي - الاجتماعي توجد مهام نمائية محددة للمراهقين. ونستنتج من تلخيص هذه المهام النمائية أن: المراهقون الناجحون قادرون على اكتساب الهوية المنفصلة، ويصبحوا مستقلين عن والديهم،

وإعداد أنفسهم لتكوين علاقات فردية واجتماعية ملائمة لاكتساب المهام النمائية للراشدين كالعمل، والزواج، والأسرة.

جدول ٤-١

سلوكيات المراهق النمائية التي تحث على استخدام المواد

| |
|---|
| تنمية الاستقلال وهوية الانفصال عن الوالدان. |
| التجريب مع الاتجاهات وأساليب الحياة، والسلوكيات المتناقضة. |
| زيادة التوجه نحو اتجاهات وسلوكيات الأقران |
| الرغبة في الوصول لمكانة الراشد وإدراك سلوكياته. |

وداخل نطاق هذه المهام، ومن خلال بحثهم عن الاستقلال والهوية المنفصلة عن الوالدين، يقوم المراهقون بتجريب مدى واسع ومتنوع من الاتجاهات والسلوكيات، وهذه الأنشطة وحدها لا تعكس الرغبة في الحصول على هوية الانفصال عن الوالدين، ولكن توجد رغبة أخرى تتمثل في اعتبارهم أفراداً مستقلين، كما هو الحال مع الراشدين. وبينما يجد كثير من الراشدين أن أزياء وسلوك المراهقين تكون غريبة وكريهة، وغير مرغوب فيها إلى حد ما في بعض الأحيان، إلا أن المراهقين عادةً ما يقلدون سلوك الراشدين، أو تقليد ما يرونه من أفعال بحيث يصبح سلوكهم كسلوك الراشدين.

ويعد استخدام المواد أحد سلوكيات " الراشد " المتنوعة التي يتبناها الشباب، وعادةً ما يكون هذا الاستخدام تعبيراً عن الاستقلالية والذاتية، كما

أن اختيارهم للاستخدام التجريبي أو الاستخدام المنتظم للمواد يكون محكوماً بوجود عدد من عوامل النمو الأخرى، وبصفة خاصة زيادة اهتمامهم باتجاهات وسلوك أقرانهم المراهقين (أنظر الجدول رقم ٤-١)، حيث توجد أمثلة واضحة تدل على أن اتجاهات المراهقين وأقرانهم تؤكد على محاولة استقلالهم عن والديهم وعن الراشدين المحيطين بهم، ومحاولة التقليل من تأثير الراشد عليهم، وتجعلهم يأخذون قراراتهم بأنفسهم.

وهناك مؤشرات عن الانتشار الواسع لاستخدام الكحول واستخدام المخدرات المحظورة الأخرى، من قبل المراهقين في الجيل الحالي أو الأجيال السابقة، وأيضاً عن استخدامهم التجريبي لهذه المواد، وبصفة خاصة المواد المشروعة والمتاحة للراشدين في مجتمعنا، وهذه المواد تقع ضمن المدى المعياري من السلوك، وعلى الرغم من الطبيعة المحظورة لاستخدام الكحول والعقاقير الأخرى، إلا إن استخدام هذه المواد يجب أن لا يتساوى مع سوء استخدامها، على الأقل إذا أدي استخدامها إلي حالة من الإحساس الباثولوجي. هذه المعلومات عن حقيقة استخدام المواد من قبل المراهقين ليست بمثابة تصريح عن رغبة المراهقين في استخدامها، ومن ثم يجب على المجتمع أن يحد من الاستخدام التجريبي لكل المواد النفسية، حتى بين الراشدين.

يعد عدم استخدام المواد، والاستخدام التجريبي لها نقطتان علي متصل كمي واحد ويقع استخدامها علي أحد جانبي هذا المتصل بينما يقع سوء استخدامها والاعتماد عليها، والذي يظهر بوضوح في شكل أنماط من الاستخدام، المشكل علي الجانب الآخر، وهذا المتصل يؤدي إلي كثير من الخلط لدي الوالدان والإكلينيكيين وأيضاً الباحثين.

كيف يمكن فهم استخدام المراهق للمواد ضمن السياق النمائي له ؟

كما هو الحال بالنسبة لعمر ونضج الفرد في مرحلة المراهقة، توجد عدد من القوي النمائية تجذب المراهق (أو المراهقة) نحو الأعراف، والاتجاهات، والسلوكيات المقبولة اجتماعياً، وقوى أخرى تجذبه نحو الاتجاهات والسلوكيات غير الملائمة، كسوء استخدام المواد والاعتماد عليها، ويمكن اعتبار القوي الأخيرة عوامل مخاطرة أو عوامل مسببة لاستخدام أو سوء استخدام المواد، والاعتماد عليها. ونظراً لعمل هذه القوى بناء علي أو ضمن نمو المراهق، فمن الأفضل فهمها ضمن العملية النمائية له أو ضمن المجموعات النوعية من المراهقين، كما يجب الاهتمام بكيفية بدء المراهقين، والأطفال، في استخدام الكحول والعقاقير الأخرى وكيفية تدرجهم نحو مستويات أكثر حدة منها من خلال ملاحظة المراهقة كمرحلة متميزة من مراحل النمو، كانديل وزملاؤه (كانديل، Kandel,1975b) ، (ياماجوتشي وكانديل، Yamaguchi & Kandel,1984) .

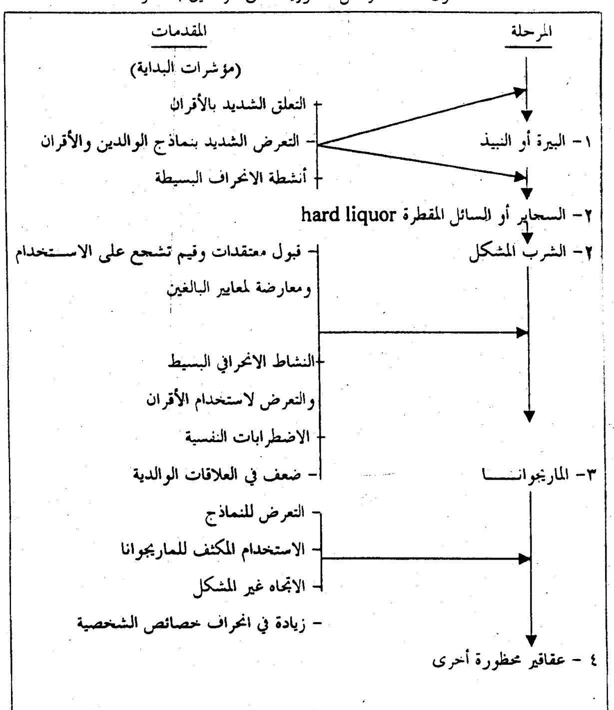
لقد أشارت الدراسات الطولية إلي وجود نمط متدرج ومتتابع باتساق في التعلق بالكحول والعقاقير الأخرى، كما أكدت نتائج الدراسات الطولية الأخرى، ودراسات المقاطع العرضية علي هذا التدرج بين العينات المختلفة من المراهقين (بروك، ويتمان وجوردون Brook,Whiternan& Gordon,1982) ، (دونوفان وجيسور، Donovan & Jessor 1983) ، ( هوبا، وبنتلير، Huba & Bentler,1982), (ويلتي وبارنيس، Welte & Barnes 1985).

في هذا التدرج ( جدول ٤- ٢)، يحاول المراهقين أولاً تجريب المواد المشروعة قانوناً ككحول- الراشدين (البيرة والنبيذ) والسجاير، وهذه المواد تسبق استخدام السوائل الشديدة hard liquor أو المشروبات الروحية، كما أن استخدام المشروبات الكحولية يسبق استخدام الماريجوانا، ويلي استخدام الماريجوانا استخدام العقاقير المحظورة أو " الشديدة " الأخرى، كمشتقات الأفيونopiates والمنشطات stimulants ، وليس هناك احتمال في أن يبدأ المراهقين باستخدام الماريجوانا أو استخدام العقاقير الشديدة بدون استخدامهم المسبق أو التجريبي للكحول أو السجائر. وبناء على هذه الدراسات، تعد الكحوليات والسجائر، من المواد المتاحة والمقبولة من الناحية القانونية للراشدين، ويمكن اعتبارها " مدخل للعقاقير "gateway" drugs ، ويدخل معظم المراهقين تقريباً في المراحل المبكرة من هذا التدرج وقليل منهم يتقدم نحو المراحل النهائية منه، ومع تقدم المراهقين خلال هذا التدرج، يستمرون في استخدامهم لعقاقير "المدخل " بالإضافة إلي استخدامهم للعقاقير الأخرى

بهدف توسيع آدائها، ولمواجهة انتكاسة عقاقير "المدخل" (ميلـــز، ونويـــس، Mills & Noyes, 1984). ولقد قامت بعض الدراسات الأخرى بتعديـــل التدرج في استخدام العقار الأصلي، فعلى الرغم من الصعود، والانخفاض التـــام في انتشار استخدام الكوكايين بين المراهقين خلال الثمانينات كان اســـتخدام الكوكايين يسبق بداية استخدام العقاقير الصعبـــة hard drug بـــدلا مـــن استخدام الحبوب، ويلي ذلك استخدام المارجوانا، بدلاً من أي عقار آخر قـــد يشكل "المدخل" (إليكسون، هـــايس، وجـــرس، Ellickson,, 1992 Hays, & Bell)، والشراب المشكل أو استخدام الكحول بشكل منتظـــم يليه استخدام الماريجوانا وأيضا يسبق استخدام كل العقاقير المحظورة الأخـــرى (دونوفان، وجيسور، Donovan & Jessor,1983)، (إليكسون، هـــا يس، وبيل، Ellickson, Hays& Bell 1983,). كما قام ياماجوتشـــى وكانديل Yamaguchi and Kandel (1984) بإضافة مرحلة أخري من استخدام المواد ـــ تشتمل علي استخدام العقاقير الموصوفة طبيـــاً ـــ بهـــدف توسيع تحليلاتهم لتشمل صغار مرحلة المراهقة.

وقد يتعرض التدرج لبعض التعديلات المهمة أو قـــد يتنـــاقض مـــع اختلاف الجنس، حيث أن التدرج في استخدام العقاقير المحظـــورة مـــن قبـــل الرجال يعتمد على الاستخدام المسبق للكحول، وبالنســـبة للنســـاء يكـــون الاعتماد على استخدام إما السجائر أو الكحول شرطاً كافيـــاً للتقـــدم نحـــو اســـتخدام الماريجوانـــا (كـــانديل، ياماجوتشـــى وتشـــين ,,Kandel) . Yamaguchi, & Chien 1992

جدول ٤-٢ المراحل التطورية لتعلق المراهقين بالعقار




*البيانات عن (كانديل، Kandel,1975).

كما توجد فروق أخرى في معيار التـــدرج نتيجـــة الفـــروق بـــين المجموعات العرقية، فالشباب الآسيوين، يتعاطون الكحول بشـــكل منتظـــم أسبوعياً بعد استخدامهم للعقاقير الصعبة، كما أن الشباب الأمريكان الأفارقـــة أو الأسبان، والقوقازى يتبعون التدرج في استحدام الكحول بصورة منتظمـــة بعد أن يسبقه اســـتخدام العقـــار الصعـــب (إليكســـون، هـــايس وبيـــل (Ellickson, Hays, & Bell,1992،

وعلي الرغم من اتساق رتبة order التدرج في التعلق بـــالمواد إلا إن العمر الزمني عند بداية الدخول في التدرج وزمن التقدم أو الزمن المســـتغرق في كل مرحلة من مراحل التدرج يتباين بدرجة كبيرة بتباين مجموعات المراهقـــين وبتباين خصائصهم. فالعمر الزمني لبداية مرحلة معينة من اســـتخدام المـــواد، وتكرار استخدام المواد في مرحلة سابقة يكون مؤشر قوي لتـــدرج آخـــر فى مراحل تالية (كانديل، ياماجوتشى وتشين &Kandel, Yarnaguchi,) Chien1992 .كما أن التباين بين مجموعات المراهقين قي مفـــاهيم العمـــر الزمني عند بدء الدخول في مراحل التدرج المتطور لاستخدام المواد، وســـرعة التقدم في هذه المراحل، ومحتوي التقدم في المراحل المتنوعة من التدرج، وتحديـــد المقدمات أو عوامل المخاطرة التي تؤدي إلي البداية، والاستمرار، والتقـــدم في استخدام المواد، كل ذلك قد يسمح لنا بالفهم الجيد لدور استخدام المـــواد في نمو المراهق.

المرتفعة من مصاحبة أو التعلق بالأقران، كما أن التعلق بالأقران ينبئ ببداية استخدام البيرة والنبيذ أكثر من استخدام الكحول أو التعلق بأي نمط آخر من العقاقير (كانديل، كيسلير، ومارجوليس،Kandel, Kessler, & Margulies,1978).

كما أن زيادة المشاركة في الجلسات الاجتماعية المتمركزة حول القرين، كأعياد الميلاد والحفلات، وقد تدعم استخدام المواد وتزيد من مخاطرة استخدامها (كانديل، كيسلير، ومارجوليس،Kandel, Kessler & Margulies ,1978)، ويظهر تأثير القرين بدرجة أكبر على الاناث من الذكور (جيسور وجيسور، Jessor &Jessor1977) ، (مارجوليس، كيسلير وكا نديل Margulies,Kessler,&Kandel 1977) .

جدول ٤-٣ عوامل الخطر المرتبطة بالقرين

| |
|---|
| استخدام القرين للمواد |
| اتجاهات القرين حول استخدام المواد |
| زيادة التوجه (الارتباط) نحو الأقران |
| إدراك استخدام القرين للمواد أو لاتجاهاتهم |

ولا يعد استخدام القرين الحقيقي هو المقدمة الوحيدة المهمة، أو عامل المخاطرة الوحيد لاستخدام المراهق للمواد، ولكن توجد أيضاً عدد من المؤشرات القوية الأخري كإدراك المراهق لاستخدام القرين وتشجيع القرين

لكي يستخدم المواد وخاصة استخدام الماريجوانا (جيسور وجيسور، Jessor & Jessor 977) ، (كانديل، كيسلير، ومارجوليس،Kandel, Kessler,& Margulies,1978) وأيضا استخدام الكحول ( ويكسلير وثيم، Wechsler & Thum, 1973).

كما يؤثر القرين على التغيير المحتمل في المراحل التالية من التدرج في استخدام المراهق للمواد، فتعرضه لنماذج الأقران الذين يستخدمون العقاقير المحظورة بدل من استخدامهم الماريجوانا يعد أحد المقدمات العديدة على استخدامه لهذه المواد (كانديل، Kandel,1982) ، (كانديل، كيسلير، ومارجوليس، Kandel, Kessler,& Margulies,1978) .

وقد تتأثر ميكانزمات تأثير القرين — التي تؤثر على بداية استخدام المراهق للمواد خلال المراحل المتعددة — بعدد من عوامل المخاطرة الأخرى. وبصفة خاصة بالعوامل الوالدية، فالمراهقين ذوي الحساسية العالية لتأثيرات القرين يرتبطون بأقرانهم بدرجة أقوى من ارتباطهم بوالديهم (بروك، لينكووف ووايتمان، Brook, Linkoff, & Whiteman, 1980 )، (كانديل، كيسلير ومارجوليس، Kandel, Kessler, &,1978 Margulies) . كما يقلل الارتباط القوي بالوالدين والأسرة من احتمالية مشاركة المراهق في استخدام المواد أو من مشاركته في انحرافات الأقران ، (إليوت، هويزينجا وأجيتون Elliot, Huizinga, & Ageton, 1982) ، وإلى حد ما تحدد شدة ارتباط المراهق بوالديه وبأسرته بداية تعرض المراهق للمواد واستخدام القرين لها، ومن العوامل المرتبطة بالقرين، المطابقة التصنيفية

وهناك دليل قوي على وجود مقدمات محددة أو منبئـــات أو عوامـــل مخاطرة لكل مرحلة ولاستخدام المراهق للمواد، حيث يرتبط كثير من عوامـــل المخاطرة باستخدام المواد عند أحد النقاط أو عند أحد المراحل،
وقد لا تكون ذات أهمية أو ذات قيمة تنبؤية في مراحل أخــــرى (كـــانديل، Kandel,1982) (كانديل، كيسلير ومارجوليس Kandel, Kessler, & Margulies,1978).

وفي المرحلة المبكرة من التعلق بالمواد، يتم التنبؤ باســـــتخدام مخــــدرات المدخل- البيرة والنبيذ- من خلال الانشغال بعدد قليل من الأنشطة المنحرفــــة أو الشاذة، وأيضاً من خلال المستويات المرتفعة من مصاحبة القرين، والتعــرض لنماذج الشرب من قبل الوالدان أو القرين، كما تلعــــب التأثـــيرات البيئيـــة، كالرسائل المؤيدة لعدم استخدام العقار، ونماذج الأقران، والوالدان، ووســـــائل الإعلام دوراً أكثر أهمية في بداية استخدام المواد (إليكسون، وهـــايس 1991 Ellickson & Hays,).

وفي المراحل التالية من التدرج، يســــبق اســــتخدام المارجوانــــا قبـــول معتقدات وقيم ـــ عادة ما تكون شاذة ـــ ترغب في استخدامها، بالإضافــــة إلى لتعلق بالأقران الذين يســــــتخدمونها، والمشــــاركة في القيــــام بالســــلوك المنحرف.

وأخيراً، يتم التوقع باستخدام العقاقير المحظورة الأخـــرى مـــن خـــلال ضعف العلاقة بالوالدان، والتعرض لنماذج الأقـــران والوالـــدان، وحـــدوث

الاضطرابات النفسية، والاستخدام الشديد للماريجوانا، وبزيـــادة السـلوك الأكثر انحرافاً عن المراحل السابقة.

وعلى الرغم من أن فحص عوامل المخاطرة أو مقدمات مرحلة معينـــة في إطار التطور يكون مفيداً. إلا أن هناك عدد من رتب عوامـــل المخـــاطرة الشائعة في استخدام، وسوء الاستخدام المواد من قبل المراهقين تستحق الانتبـاه هذه العوامل تشتمل على: (أ) العوامل المرتبطة بالقرين (ب) العوامل الوالديـة، (ج) العوامل الفردية، (د) العوامل البيولوجية، (هـــ) العوامـل المجتمعيـة والاجتماعية والثقافية.

## العوامل المرتبطة بالقرين

تلعب تأثيرات القرين دوراً محورياً في نمو المراهق، كما أنها تلعـب دوراً حرجاً وبشكل مماثل في استخدامه للمواد، وخاصة خلال المراحل المبكرة مـن تعلقه بها (انظر جدول رقم ٤-٣). حيث توجد علاقة قوية بـين اسـتخدام الفرد المراهق للمواد، واستخدام وسلوكيات القريـن الأخـرى (كـانديل، كيسلر ومارجوليس 1978 (Kandel, Kessler& Margulies,1978).

كما أن تأثير القرين يكون واضح وبخاصة عند توقع بداية واسـتمرار اسـتخدام الماريجوانـا (كـانديل، كيسـلر ومـارجوليس 1978 , (Kandel,Kessler,& Margulies)، فالمراهقين الذيـن يسـتخدمون الماريجوانا بشكل متكرر يكونون أكثر توجهاً نحو أصدقاؤهم من توجههم نحـو والديهم، ولديهم نماذج كثيرة من الأقران يستخدمونها، كما أن المسـتويات

أو الانتقائية لأفكار الأقران، كما لو كانت هذه الأفكـــار تخـــص المراهـــق، بالإضافة إلى تأثير الأقران وزيادة مصاحبة التي يمكـــن ملاحظتـــها خـــلال المراهقة.

ولقد دعمت بيانات العمل الذي قام به كانديل الملاحظة القائلة بـــأن تأثيرات القرين قد تكون قصيرة المدى نسبياً مقارنة بالعوامل الوالدية والعوامـــل الأخرى ( كانديل Kandel, 1982) .

## العوامل الوالدية – الأسرية Parent/Family Factors

كما هو الحال بالنسبة للأنماط الأخرى من المقدمات أو المنبئات، تتنـــوع العوامل الوالدية في أهميتها (أنظر الجدول رقم ٤– ٤) خلال المراحل المختلفـــة من التدرج في التعلق بالمواد، فنمذجة دور الوالدين في اســـتخدام الكحـــول، والمنازل التي يعيش فيها أحد الوالدين بمفرده مـــن العوامـــل المهيئـــة لبدايـــة اســـتخدام المراهـــق للكحـــول، (كـــانديل، كيســـلير، ومـــارجوليس، Kandel,Kessler,& Margulies,1978) ، ( ويكســـلير وثيـــم، Wechsler & Thum, 1973) ، كما أن الاستخدام الأبـــوي للشـــراب المكثف والنمذجة تنبئ باستخدام المراهق له، واستخدامه العقاقـــير المحظـــورة الأخرى أكثر من التنبـــؤ باســـتخدامه للماريجوانـــا (كـــانديل، كيســـلير، ومارجوليس،Kandel,Kessler,&Margulies,1978)

جدول ٤ - ٤ عوامل الخطر المرتبطة بالوالدين- الأسرة

استخدام الوالدين للمواد

| |
|---|
| معتقدات واتجاهات الوالدين التي تدور حول استخدام المواد |
| تحمل الوالدين لاستخدام المواد- والسلوك المنحرف |
| نقص التقارب- أو الارتباط بالوالدان |
| نقص تدخل الوالدان في حياة الطفل |
| نقص الإشراف الملائم- الضبط |

وتعد معتقدات واتجاهات الوالدان عن المواد، _ وخاصة اتجاهاتهم نحو التحمل، واعتقادهم بعدم خطورة المواد، _ مؤشر لاستخدام المراهق للعقاقير فيما بعد (كانديل، كيسلير، ومارجوليس،(Kandel, Kessler,& Margulies,1978، ومن الخصائص الإضافية المرتبطة بالأم والمنبئة ببداية استخدام المراهق للماريجوانا غياب التقارب بين الأم والمراهق، وسلبيتها تجاهه، ونقص تدخلها في أنشطة أطفالها، وانخفاض طموحاتها الدراسية (بروك، لينكوف وايتمان، Brook, Linkoff, &, 1980 Whiteman) ، (جيسور وجيسور Jessor& Jessor,1977) . كما أن ضعف علاقة المراهق بوالديه، واستخدام الوالد لعدد متنوع من المواد المشروعة والمحظورة تنبئ ببداية استخدام المراهق للعقاقير المحظورة بدل من استخدامه للماريجوانا (كانديل، Kandel, 1982) ، ( كا نديل، كيسلير ومارجوليس(Kandel, Kessler & Margulies 1978) ، ومع أخذ المقدمات أو العوامل العامة المرتبطة بالوالدان المنبئة باستخدام المراهق للعقار في

الاعتبار، اقترح كانديل ثلاث أنماط أساسية أخري من العوامـــل هـــي: (١) استخدام الوالدان للمواد، (٢) اتجاهات الوالدان (٣) التفاعلات بين الوالـــدان والطفل. كما توصلت عدد من الدراسات إلي أن تقارير الوالدان الذاتية عـــن استخدامهم للمواد بشكل خاص يرتبط ببداية اســـتخدام أطفـــالهم في ســـن المراهقة للكحـــول والمـــواد الأخـــرى (كـــانديل، كيســـلير ومـــارجوليس (Kandel, Kessler, & Margulies,1978 ، (زوكـــــير 1979 .(Zucker,

وعلى الرغم من أن النمذجة الوالدية لاستخدام للمواد هي الميكـــانيزم السائد المؤثر في استخدام المراهق لهذه المواد، إلا إن مساهمة التأثيرات الوراثيـــة لا يمكن تجاهلها، حيث تزداد احتمالية حدوث مخـــاطرة تطـــور اضطـــراب استخدام الكحول والعقاقير الأخرى بين نسل مدمـــني الكحـــول ومســـيئى استخدام المواد الأخري (كوتن، Cotton, 1979 ). وللبحث عـــن أليـــة انتقال هذه المخاطر، قام الباحثون بتحديد عدد من الاختلافات بين أطفـــال مدمني الكحول أو مسيئي استخدام المواد (COAs or COSAs) وتشتمل هذه الاختلافات على: التعلق الشديد بالكحول أو المواد الأخـــرى، وزيـــادة الآثار الناتجة عن استخدام المولد، وزيادة عدم القدرة على التحكم في الســـلوك ومزيد من الاضطرابات السيكاترية، وانخفاض في القدرات اللفظية، وانخفـــاض التحصيل الأكـــاديمي (شـــير، والـــيزير، وود، وبرينـــت1991 ,Sher) Walitzer, Wood, & Brent. وعلى الرغم من الاعـــتراف بوجـــود مسارات متعددة بين الوالدان وأبنائـــهم الكحوليـــين، إلا أن شـــير Sher

وزملاؤه قدموا العوامل السببية التالية: (١) التاريخ الأسري لإدمان الكحـــول (٢) سمات الشخصية، وخاصة عدم التحكم السلوكي والعواطـــف الســـلبية، وانخفاض القدرة اللفظيـــة (٣)توقعـــات اســـتخدام الكحـــول (٤) التعلـــق بالكحول.

ويتم تنشيط مخاطرة سوء استخدام المواد من قبل أطفال والدين مســـيئين استخدام المواد من خلال الخصائص الأخرى لهؤلاء الوالـــدان، بالإضافـــة إلي البيئة المنـــزلية التي يقدموها، على سبيل المثال، وبغض النظر عـــــن التـــاريخ الوالدي لإدمان الكحول، فإن القصور في مراقبة المراهق ينبـــــئ باســـتخدامه للمواد في مراحل مبكرة (مولنا، تشاسين وكيـــوران (Molina,Chassin & Curran,1994 . ومن ثم فإن الإدارة الأسرية الضعيفة قد تسمح بزيـــادة تعرض المراهق لأقران يستخدمون المواد، كما تؤدي إلي مزيد مـــن التعـــرض للبيئة ذات المخاطرة العالية.

إن تأثير سوء استخدام الوالدان على زيادة مخاطرة اســـتخدام المراهـــق للمواد ربما يرجع إلي كل من عجز الوالدان بشكل عـــام وضعـــف الـــدور الوظيفى للأسرة، ومزيد من التأثر النوعي الناتج عن التاريخ الوالدى في ســـوء استخدام المواد (تشاسين، روجوش وباريرا، Chassin ,Rogosch; & Barrera,1991).

كما ترتبط اتجاهات الوالدان عن استخدام المواد والتفاعلات القائمـــة بـــين الطفل ــ الوالدان بسوء استخدام المراهق للمواد بدرجـــة كبـــيرة، كمـــا أن الاعتقاد بتأخر خطورة المواد وتحمل استخدامها ،

والسلوك المنحرف من المؤشرات القوية على استخدام المراهق لهـــذه المـــواد، وبالنسبة لتفاعلات الطفل- الوالدان، يكون ضعف التقارب وعدم التدخـــل أو الاهتمام بأنشطة المراهق بمثابة إشارة مسبقة على استخدامه للمواد.

وتعد الأساليب الوالدية من المؤشرات الضمنية الأخري، فعدم تمســـك الوالدان بالتقاليد والتفكك الأسري، وأنمـــاط الاتصـــال الســـلبية، ونقـــص أو عدم الاتساق في الحدود السلوكية، والعجز في السيطرة على الغضب مـــن الخصائص المميزة لأسر المراهقين الذين يستخدمون المواد (بومرينـــد، 1983 Baumrind,) ، (ريلي، Reilly, 1979) . كما أن الأســـرة المنعزلـــة أو الأسر المعتلة تنبئ أيضا باستخدام المراهـــق للمـــواد فيمـــا بعـــد (روبـــترز، Robins 1980) ، ويتشسملير وتيم، Wechsler & Thum, 1973) .

كما أن الزيادة الملحوظة من الإيذاء الجسدي والجنســـي للمراهقـــين داخل الأسر التي تسيئ استخدام المواد يؤدي إلي الاقتراح بوجود دور لهـــذه الأسر ــ المرتبطة بالجرح family-related trauma ــ يساهم كعـــامل مخاطرة لاستخدام ولسوء استخدام هؤلاء المراهقين للمواد (فـــان هاســـيلت، وآخرون Van Hasselt et al, 1993) . وعلى الرغم مـــن أن تـــاريخ الإيذاء الجسدي والجنسي للمراهقين قد يكون له تأثير دال على سلوكه فيمـــا بعد، إلا أنه من الصعب التحقق من آلية تأثيره أو الدور السببي الذي يحدثـــه في استخدام المواد، كما أن الأسر التي تسيئ استخدام المواد عادة ما تكون محملـــة بعدد متنوع من عوامل المخاطرة التي تساعد على استخدام وسوء اســـتخدام المواد.

ولو اعتبرنا أن استخدام المراهق للمواد قد حدث نتيجة وجود مجموعة كبيرة من الأعراض أو حتى وجود عرض السلوك المنحرف، فهناك عدد من الخصائص الوالدية التي تنبئ بالانحراف أو الجنوح بين المراهقين، ومن بين هذه المنبئات نمط الإدارة الوالدية، الذي يشمل ضعف مراقبة الوالدين للمراهق وعدم اتساق البناء الأسري والجلسات الأسرية المحدودة (بومريند، 1983 Baumrind,) ، (ديشيون ولويبر، Dishion & (Loeber1985 ، (باتيرسون، Patterson, 1982) وسلوك الوالدان المضاد للمجتمع (لويبر وديشيون، Dishion & Loeber,1983) .

وقد تحمي العوامل الأسرية المراهق من تطور استخدام وسوء استخدام المواد. فالعلاقات الايجابية بين الطفل ووالديه، ومشاركة الوالدان في أنشطة الأطفال، والارتباط القوى بين الطفل ووالديه، كل ذلك قد يؤدي عدم أو حتى تأخير بداية استخدام المراهق للمواد (ويتشسلر وتيم، Wechsler &, Tim1977)، (جيسور وجيسور، Jessor & Jessor, 1977).

### العوامل الفردية Individual Factors

تشكل العوامل الفردية تصنيف واسع نسبياً من مقدّمات أو من عوامل مخاطرة استخدام المراهق للمواد وهذه العوامل ترتبط بصفة أساسية بالفرد المراهق (أنظر جدول رقم ٤-٥).

جدول ٤-٥ عوامل الخطر الفردية

| |
|---|
| ـــ خصائص الطفولة المبكرة |
| ـــ الاضطرا بات السلوكية المبكرة، كالعدوان |
| وضعف الأداء الأكاديمي أو الفشل المدراسي |
| ـــ بداية مبكرة لاستخدام المواد |
| اتجاهات المراهق ومعتقداته حول استخدام المواد |
| ـــ سلوك المخاطرة Risk taking behaviors |

وتشتمل العوامل الفردية على (أ) خصائص الطفولـــة المبكـــرة، (ب) العمر الزمني للفرد وقت بداية تعرضه أو اســـتخدامه للمـــواد (ج) أنمـــاط استخدام المواد (د) العوامل الأكاديمية (هـ)العوامل النفســـية (و) العوامـــل المعرفية (ز) السلوك المنحرف. ومن بين العوامل العديـــدة المنبئـــة بســـوء استخدام المواد التي يمكن تحديدها في مرحلـــة الطفولـــة المبكـــرة، الســـلوك العـــدواني، والخجـــل، والتمـــرد rebelliousness ( كيـــلام، ســـايمون ولنسمنجير، Kellam, Simon, & Lnsminger,1980)، ، (سميـــث وفوج Smith & Fogg,1978) . كما يعـــد اســـتمرار الاضطرابـــات السلوكية ـــ التي تحدث في المراحل المبكرة ـــ لمرحلة المراهقة مؤشـــر علـــى استخدام المراهقين للمواد (كانديل، كيسلير ومارجوليس، Kandel,,1978 Kessler, & Margtilies) (روبيز، Robins,1978) ، (ويتشســـلير وتيم، Wechsler & Tim,1973) .

وعادة ما يسبق السلوك المضاد للمجتمع بداية استخدام المواد (إليوت، هيوزينجا، وأجيتون، Elliot, Hiuzinga & Ageton,1982). كما أن سوء استخدام المواد في المراحل المبكرة يعد متغير مستقل لسوء الاستخدام في المراحل التالية (روبينز، وماك إيفوى، Robins & McEvoy,1990).
كما أن السكر واستخدام المواد المحظورة في مراحل مبكرة وخاصة في مرحلة ما قبل سن الخامسة عشر من العمر، تنبئ بالتقدم في استخدام المواد خلال المراحل التالية، وبمستويات أكثر شدة (روبينز، وماك إيفوي ، Robins & McEvoy,1990) ، (روبينز وبرزيبيك، Robins& Przybeck,1985).

ولقد أشارت نتائج عدد من الدراسات إلي أن البدايات المبكرة للدخول في استخدام المواد ترتبط بكل من: زيادة المخاطرة، وزيادة التدرج في سوء الاستخدام لهذه المواد، كما تزيد من احتمالية استخدام العقاقير الأكثر خطورة (برانسويك وبويل، Bninswick & Boyle,1979) ، ( ميلز ونويس، Mills, & Noyes,1984) ، (كينمان، Kienman, 1978) . كما يساهم العمر الزمني للفرد بشكل عام مع المنبئات الأخرى كالاضطرابات السلوكية للتاثير على أنماط استخدام المواد وما يرتبط بها من انحرافات سلوكية. فبداية استخدام المواد في سن مبكر يرتبط بإدمان الكحوليات في المراحل التالية، كما يرتبط بالشخصية المضادة للمجتمع (روبتر، وبرزيبيك، Robins & Przybeck,1985) ، ويؤدي إلي زيادة خطر الإصابة بأنواع متعددة من الاضطرابات السيكاترية الأخرى في المراحل

التالية، وبالنسبة للمراهقين، يعد استخدامهم للمـــواد المحظـــورة، والبدايـــات المبكرة للاستخدام، وزيادة السلوك المنحــــرف، مـــن المؤشـــرات المســـتقلة لاستخدام المواد في المراحل التالية (روبيز، وماك إيفوي، Robins, 1990) (& McEvoy .

ويعد ضعف الأداء الأكاديمى من المؤشرات الشائعة أو من العوامل الـــتي تسبق بداية استخدام المراهقين للمواد (جيسور وجيسور، Jessor, 1977 & Jessor)، (كانديل، كيسلير ومـــارجوليس، Margulies 1978 & Kandel, Kessler)، وعلي الرغم من أن الفشل المدرسي يعد مؤشـــر على سوء اســـتخدام المـــواد (روبيـــز، Robins , 1980)، (وبـــروك، ولينكوف، ووايتمـــان Brook, Linkoff & Whiteman 1977) . إلا أنه لم يتم التأكد بعد عن ما إذا كان الأداء المدرسي في حـــد ذاتـــه أم أن العوامل التي تؤدي إلي ضعف التحصيل الأكـــاديمي هـــي المؤشـــر الحقيقـــي لاستخدام المواد في المراحل التالية. وتشتمل العوامل الأكاديمية علي انخفـــاض نسب الذكاء، وصعوبات التعلم، واضطراب الانتباه مـــع النشـــاط الزائـــد، أو ضعف التطبيع الاجتماعى.

كما يمكن التنبؤ باستخدام العقاقير الشـــديدة مـــن خـــلال حـــدوث الاضطرابات النفسية (كانديل، كيسلير ومارجوليس، Kandel, Kessler & Margulies1978) . حيث وجد كيلوم ومساعديه (Kellum (1980 and associates، أن الخجل المصاحب بالعدوان أو بدونه خلال مرحلـــة الطفولة المبكرة ينبئ بسوء استخدام المواد في المراحل التالية. كما أن اكتئـــاب

وقلق المراهقين يزيد أيضا من مخاطر سوء استخدامهم للمواد في المراحل التاليــة (كرســتي وأخــرون Christie et al., 1988)، (ديكــين، وليفـــى وويلز،Deykin, Levy & Wells 1987). وكما ذكــر ســابقا فــإن الاضطرابات النفسية التي تحدث في شكل الاضطرابــات الســلوكية خــلال مرحلة الطفولة والمراهقة، تكون من المؤشرات القوية علـــى حــدوث ســوء استخدام المراهق للمواد.

كما أن ضعف الاتجاهات ونقص الالتزام بالتعليم وبعـــض القوانـــين الاجتماعية الأخرين أو بالأنشطة الاجتماعية التي يتميز بها المراهقين من أكـــثر العوامل التي تؤدي إلي استخدامهم للمواد (روبيـــز، Robins, 1980) ، (بروك، لينكوف ووايتمان، Brook, Linkoff ,Whiteman,1977) . كما أن من يستخدم المواد من المراهقين غالبا ما يكونوا أكـــثر هروبــاً مـــن الواجبات المدرسية من غير المستخدمين (بروك، لينكوف ووايتمـــان، 1977 Linkoff, & Whiteman Brook,) ، (كيندال Kandel, 1982) .

(لينكوف ووايتمان، Linkoff, & Whiternan, 1977) ، كما تنبـــئ عديد من الاتجاهات والمعتقدات الفردية باستخدام المراهق للمـــواد النفســـية. كما أن قبول المراهق للمعتقدات والاتجاهات التي تحبذ اســـتخدام الماريجوانـــا تنبئ باستخدامها، وهذا يعارض معايير الراشـــدين (كـــانديل، كيســـلر و مارجوليوس، Kandel, Kessler, & Margulies 1978) ، (جيســـور وجيسور Jessor & Jessor, 1977) هذه الاكتشافات أدت إلي اقـــتراح

عدد من العوامل المعرفية المرتبطة باستخدام المراهق للمواد، ـــ وهذه العوامـــل تشتمل علي: عدم تشكيل القيم التقليدية، والتحمل الزائد للانحراف، والرغبـــة القوية في الاستقلال، وضعف احترام الذات، ووجهـــة الضبـــط الخـــارجي، وزيادة العزلة الاجتماعية، ـــ كما أدت أيضاً إلي تميز المراهقين المســـتخدمين لها، (جيسور وجيسور،Jessor & Jessor,1977) . وبصفة عامة، فـــإن هذه الاتجاهات والمعتقدات توضح العجز في تشكيل الأعـــراف الاجتماعيـــة، والارتباط بها (هـــاوكينس، ليشـــنير وكاتـــالانو، Hawkins,,1986) Lishner & Catalano. كما أن إدراك المراهق التام لاتجاهات وســـلوك القرين، وأيضاً بقدر واقعية سلوك واتجاهات القريـــن، تكـــون التأثـــيرات في استخدامه للمواد. ففي حالة زيادة الانحراف بين جماعة الأقران، يدرك المراهـــق اتجاهات وسلوكيات أقرانه المنحرفة ويتبعها على الفور.

كما تنبئ توقعات المراهق عن الآثار الاجتماعية والسلوكية الناتجة عـــن استخدام الكحول والعقاقير الأخرى ببداية اســـتخدامه للكحـــول والتـــدرج المستمر ليصل إلي سوء استخدامها (كرسيانسين، غولدمان وبـــراون 1985 (Christiansen, Goldman, & Brown, ، حيث تتوافر المعلومـــات التي تدور حول الكحول والعقاقير الأخرى للأطفال في أعمار صغيرة جدا مـــن خلال التعرض لوسائل الإعلام، والنماذج الوالدية، والآخرين في البيئة المحيطـــة به (كرسيانسين، غولدمان وإنن Christiansen, Goldman & 1982) Inn، ومعظم توقعات المراهقين عن الكحول تدور حـــول أنـــه يـــؤدى إلي تحسين أو عرقلة السلوك الاجتماعي، ولديه القدرة على تحسين وإعادة قـــدرات

الشخص المعرفية والحركية، وتحسين الأداء الجنسى، وزيادة الاستثارة الفسيولوجية والاسترخاء وخفض التوتر (كرسيانسين، غولدمان وإنن Christiansen, Goldman,1982) . ومن ثم أكثر توقعات المراهقين عن تعاطي الكحول تدور حول الوصول إلي تأثيراته الإيجابية وخاصة تحسين التفعلات الاجتماعية والأداء الاجتماعي الجيد، وهذا ما يزيد من احتمالية حدوث بداية استخدام المراهق له، واستخدامه فيما بعد بأسلوب سئ. وكما ذكر من قبل، فإن كل من الاتجاهات والسلوكيات الشاذة تعد من الموشرات القوية على استخدام وسوء استخدام المراهق للمواد. فإضافة إلي السلوكيات المضاد للمجتمع ـــ كالعدوان بشكل محدد ـــ يوجد عدد من السلوكيات الأخرى ترتبط باستخدام المراهق للمواد. كما يوجد عدد من سلوكيات المخاطرة الشائعة بدرجة كبيرة بين المراهقين الذين يستخدمون المواد (جيسور، Jessor, 1984) . من بينها القيادة أثناء السكر أو أثناء حدوث حالة التسمم الكحولي، والقيادة بدون استخدام أحزمة المقعد، وتشغيل الدراجة البخارية باستعمال الخوذة.

وعلي الرغم من التحرر من القوانين الصادرة خلال الستينات، والسبعينات من هذا القرن الخاصة بعمر التعاطى، إلا أن المطالبة الشديدة بعودة هذه القوانين التي لا تسمح بتعاطى المراهقين تحت سن الواحد والعشرين قد أدت إلي انخفاض كبير في نسب الحوادث المميتة الناتجة عن قيادة المراهقين للسيارات، وأيضا انخفاض في مستويات استخدام الكحول

.بين طلاب الصفوف المتقدمـــــة بـــالمدارس الثانويـــة (أومـــالي وواجينـــار، (O'Malley & Wagenaar 1991,

ويرتبط السلوك الجنسي، كالسكر والتـــدرج في اســـتخدام العقاقـــير الأخرى، بمشاركة الأقران والتعلق بهم في مراحل مبكرة من عمـــر المراهـــق، واليوم، وبعد الكشف عن مرض الإيدز وبعض الأمـــراض الجنســـية المعديـــة الأخرى (sexually transmiffed diseases (STDs ، يعد النشـــاط الجنسي احد سلوكيات المخاطرة أيضا. كما أظهرت الدراسات السابقة عـــن أن ما يقرب من نصف المراهقين لم يقوموا باستخدام موانع الحمل عند قيامـهم بممارسة الجنس لأول مرة (زيلنيك وشاه Zelnik& Shah, 1983)، كما أن قليل من المراهقين كانوا تحت عامل المخاطرة وبصفة خاصة نتيجة لزيـــادة معدلات نشاطهم الجنسى، وانخفاض معدلات استخدامهم للواقيات الجنســية، ونقص معرفتهم بخطر العدوى أو حماية أنفسهم باستخدام الواقيات الجنســية، ونقص أداركهم للإصابة بالعدوى (ديكليمينـــت، بويـــر وموراليـــز 1988 (DiGlemente,Boyer, & Morales, ، (ديكليمينـــــت، زورن وتيموشوك، DiClemente, Zorn & Temoshok, 1986) .

وعلى الرغم من أن استخدام المراهق للمواد يرتبـــط إلي حـــد كبـــير بسلوكه الجنسى في مراحل مبكره، إلا أن استخدام المراهق للكحول وللعقاقـير الأخرى قد يساهم بشكل مباشر وبدرجة أكبر في النشاط الجنسى للمراهـــق. فمن خلال دراسة مسحية أجريت باستخدام الهاتف علي المراهقين في ســـن يتراوح من ١٦ إلي ١٩ سنة، وجد أن ٤٩ ٪ من المراهقـــين ذوي النشـــاط

الجنسي قد أقروا بممارستهم الجنس وهم في حالة سكر وأن ١٧٪ منهم قـــد استعملوا الواقي الجنسي ، وبعد حالة السكر أو بعد استخدام العقـــار، أقـــر ٣٢٪ بأنهم قد حصلوا على إشباع جنسي أفضل بـــدون اســـتخدام الواقـــي الجنسي في حين أقر أقل من ١٠٪ منهم بأنهم لم يحصلوا علي إشباع جنســـي بصورة أفضل باستخدامهم للواقيات الجنسية (ستريونين وهينجســـون 1992 (Strinin & Hingson, .

## العوامل البيولوجية Biological Factors

لقد لاقت العوامل البيولوجية أو البنائية المنبئـــة باســـتخدام أو بســـوء استخدام المراهق للمواد انتباه أقل من عوامل المخاطرة الأخري الـــتي ســـبق مناقشتها، وقد يرجع ذلك إلي وجود عدد من القيود المنهجية والتقنية اللازمـــة لها بدرجة كبيرة ، فلكي نبحث في الميكانيزمات السببية والمخـــاطرة فنحـــن بحاجة لفحص المساهمة النسبية لما يســـمي " الطبيعـــة " مقـــابل " الغـــذاء"، "nature" versus "nurture" أو الجينات والعوامل البنائية مقابل العوامـــل البيئية، ولقد لاحظ الإكلينيكي ان هناك بعض الأسر قد ظهر فيـــها ســـوء استخدام المواد بكميات غير متوازنة، كما أوضح الباحثين بأن اضطراب ســـوء استخدام المواد وخاصة إدمان الكحوليات يكون سائداً داخل أســـر معينـــة (كوتن Cotton, 1979) .

وفي محاولة لوضع نموذج لانتقال إدمان الكحوليات وراثياً، قام الباحثين بإجراء عدد من الدراسات على التوائم وعلى أطفال التبني (دنويدى وكلونينجير، Dinwiddie & Cloninger, 1991).

وخلال دراسات التي تجري على التوائم يتم البحث عن التشابه أو المماثلة في إدمان الكحوليات بين التوائم الصنوية (monozygotic) المتماثلة — التي تشترك في الصفات الوراثية — ومقارنتهم بإدمان الكحوليات بين التوائم الأخوية dizygotic (غير المتماثلة) — التي تتشابه في نصف الصفات الوراثية، ومن ثم يتضح أن التأثير الوراثي سوف يظهر من خلال الاتفاق بين التوائم الأخوية dizygotic واتفاق بدرجة أكبر بين التوائم الصنوية. وبالفعل، أظهرت الدراسات التي أجريت على التوائم إلى وجود اتفاق بدرجة كبيرة وبشكل متسق في إدمان الكحوليات بين التوائم المتماثلة واتفاق أقل بين التوائم الأخوية.

أما دراسات التبني التي تقارن بين أطفال تم تربيتهم من قبل والدان لا تربطهم بهم علاقة بيولوجية، كمحاولة لفصل التأثيرات القبلية والبعدية للولادة. قد وجدت اتفاق بدرجة دالة بين الأطفال المتبنين ووالديهم البيولوجيين عن الأطفال المتبنين والوالدان المتبنيين وهذا يدعم العوامل الوراثية.

كما كشفت معظم دراسات التبني عن زيادة مخاطرة إدمان الكحوليات بين أطفال التبني الذين عاشوا بعيداً عن أبناء مدمني الكحوليات (غوودوين Goodwin et al, 1974). وعن أبناء مسيئي استخدام المواد

بدرجة أكبر من إدمانهم للكحوليات (كادوريت، تروغطـــن، أوماغورمـــان وهيــوود، Cadoret, Troughton, O'Gorman, & Heywood) 1986. ، وقد يرجع ذلك إلي أن إدمان الكحول من قبل الوالدان المتبنيـــين لا يزيد من مخاطرة إدمان الكحول بين أطفالهم بالتبني، ومن ثم هناك اقتراح بقلـــة مساهمة التأثيرات البيئية علي استخدام المواد، كالنمذجة.

(كلونينجير، بوهمان، سيجفادســـون وفـــون كنورينـــج، Cloninger, Bohman, Sigvadsson & Von Knorring,1985) ، ونتيجة لوجود بعض أدوار الإرث الوراثي في سوء استخدام المواد، قام عدد مـــن البـــاحثين بتطوير دراساتهم لوضع ميكانيزم لهذا الإرث، وعلى الرغم من أن التفـــرد — الجيني، أو الانتقال الميندلي Mendelian transmission قد لا ينطبق على البيانات الأسرية المتاحة إلا أن نظريات الجينات التعـــددة polygenetic ، مازالت مستمرة في تفسير الانتقال الوراثي لسوء اســـتخدام المـــواد. ولقـــد كشفت الدراسات الحديثة في مجال علم الوراثة الجزئية للإنسان عـــن وجـــود ارتباط بين زيادة مخاطرة إدمان الكحوليات (بلـوم Blum et al., 1990) ،وسوء الاستخدام المتعدد للمواد وادمانها (كومنجمـــي، موهيمـــان، ألـــين، جيسين وفلاناجـــان، Comings, Muhiman ,Alin, Gysin, &, Flanagan ,1994) وبين جين نوعي، يسمى د ٢ ،وهو الجـــين المســـتقبل للدوبامين D2 dopamine receptor gene ، إلا أن هذا الاكتشـــافات مازالت موضع شك (كونيلي، Conneally 1991) ، (كلونينجير، 1991 .(Cioninger,

وهناك نوعان أساسيين من عوامل المخاطرة البيولوجية تميز بين الأفـــراد ذو تاريخ أسرى موجب family history positive (FHP) أو الأفـــراد ذو المخاطرة الزائدة عن الأفراد ذو تاريخ أسري ســـلبى family history negative (FHN) أو الأفراد ذو المخاطرة المنخفضة، حيث يتمـــيز أفـــراد النوع الأول بعلامات بيولوجية يمكن قياسها بيولوجيا بدون أن يكــــون لهـــا دوراً واضحاً أو محدداً في إحداث سوء استخدام الكحول والمواد الأخــرى، إلا إنها تزداد بين الأفراد الذين يسيئون استخدام المواد. أما النوع الثاني من عوامـــل الخاطرة البيولوجية تشتمل على الخصائص البيولوجية التي قد يكون لهــــا دورا أكثر تحديدا في زيادة قابلية وإحداث استخدام الفرد للمواد كما تضعه تحـــت مزيد من المخاطر، وهذه العلامات البيولوجية التي تم الكشف مؤخـــراً عنـــها تكون متضمنة في القابلية أو السببية لسوء استخدام المواد.

وتشتمل "العلامات" البيولوجية المقترحة علي اختلافات في إنزيمـــات الدم كأحادى أكسيد الأمـــاين monoamine oxidase وفي الإفـــرازات الغدية adenylate cyclase ، (تاباكوف وآخرون ,.Tabakoff et al) 1988 وفي المقـــاييس الإلكتروفســـيولوجية electrophysiological measures كجهاز فرق الجهد الكـــامن evoked potentials وعلـــي اختلافات في رسم المخ الكـــهربي electroencephalogram (EEG) (بيجليتر وبورجيز Begleiter & Porjesz, 1988) وفي الشذوذ العصـــبى كالرعشة tremor والأرجحة staticataxia (هيل، ســـتينهوزر وزيوبـــن، Hill, Steinhauser, & Zubin,1987) . كمـــا تشـــتمل خصـــائص

المخاطرة البيولوجية — التي لها دور محتمل ومحدد في إحداث سوء استخدام المواد — على ردود أفعال فسيولوجية تجاه المواد (وخاصة الكحول) وعلى وجود اختلالات عصبية فسيولوجية neuropsycholocal سابقة على عملية الاستخدام، ووجود عدد متنوع من الخصائص النفسية أو السمات التي قد تهيئ الفرد لاستخدام المواد وسوء استخدامها فيما بعد، وقد يكون الأفراد ذوى المخاطرة أقل حساسية لتأثيرات الكحول (شوكيت، Schuckit, 1985a, 1994) أو بمصطلحات أخرى، لاحساس الفرد بالتسمم (شوكيت، Schuckit, 1988) أو بمصطلحات المقاييس الموضوعية كالتغير في حركة الجسم أو إرجاء مكون بي ٣ للجهد الكامن componen of evoked P3 potentials (بورجيز و بيجليتر، Porjesz & Begleiter,1990)، (هل، شتاينهوسير وزوبين Hill, Steinhauser, & Zubin,1987) . كما أظهرت عينات المخاطرة الزائدة عدد من الفروق تمثلت في زيادة قدرتهم على التمثيل الغذائي للكحول (جرانت، Grant, 1988) ، وفي التطور السريع لتحمل الكحول عند مقارنتهم بالعينات ذات المخاطرة المنخفضة، إلا أن هذه النتائج غير متسقه (ويلسون وناجوشي، Wilson & Nagoshi, 1988) . كما أن الأفراد ذوي المخاطرة الزائدة قد يؤثر فيهم التعاطي أو التسمم بدرجة منخفضة عن ما هو متوقع بالنسبة لهم، ومن ثم تكون نتائج هذه الدراسات غير ثابتة (ويلسون وكرو، Wilson & Crowe, 1991) . ولقد حاول الباحثين مؤخراً القيام بتحديد الفروق الكامنة في حساسية

أنظمة السرياتونين responsivity of serotonin systems بين الأفـراد ذوي المخاطرة الزائدة وبين الأفراد ذوى المخاطرة المنخفضة.

حيث افترض ، تارتير والترمان، وإدرواردس Tarter, Alterman, and Edwards (1985)، دوراً للسمات السلوكية كعوامل مخاطرة. كمـا رؤا أن بعض السمات المزاجية التي لها أساس بيولوجي ووراثي، قـد تـؤدي إلى حدوث عدد من الاضطرابات النفسية أو السـلوكية، بمـا في ذلـك سـوء استخدام المواد النفسية، كما أن التفاعل الناتج عن تجمع سمات معينـة مـع عوامل بيئية متنوعة يحدد نوع، وشدة، الاضطـراب. فعلـي سـبيل المثـال المراهقين الذين يسيئون استخدام المواد يتميزون عن المراهقين الأسوياء في عـدد متنوع من الأبعاد المزاجية، علي الرغم من أن نشـاطهم السـلوكي المنتظـم يرتبط فقط بشدة استخدامهم للمواد (تارتير، لـرد، موسـتيفا، بوكشـتاين وكـامنر (Tarter, Laird ,Mostefa, Bukstein, & Kaminer 1990. علي نحو مشابه، اقترح كلونينجير Cloninger (1987) وجود مكيانيزمات عصبية وراثية neurogenetic وراء استعداد الفـرد لإدمـان الكحول، هذه الميكانيزمات تختلف في النواحي الوراثية والتجمعات السـلوكية الناتجة عنها، وفي أبعاد الشخصية. وعلي الرغم من أصالة الافـتراض الـذي يفسر اختلاف الأنماط الوراثية التي تؤدي لسوء استخدام المواد (كلونينجـر، بوهمـان وسيجفاردسـون، Cloninger Bohman, & Sigvardsson,1981)، إلا أن نمط١ ونمط ٢ مـن مدمـني الكحوليـات يتميزون عن الأشخاص الآخرين في أبعاد الشخصية وفي وجود أنظمـة مـن

الاتصــــالات العصبيــــة الدماغيــــة النوعيــــة specific brain neurotransmiffer Systems (كلونينجير، Cloninger, 1987) .

كما أن الاستعداد البيولوجي Biologic vulnerability لسوء استخدام المواد لا يعتمد فقط على عوامل نوعية لها أساس وراثي محدد، ولكنه يعتمـــد أيضاً على عوامل بنائية أكثر عمومية كالعوامل الشخصية أو المزاجية. وذلـــك لأن العوامل الشخصية والمزاجية قد تخضـــع للتعديـــلات البيئيـــة الشـــديدة، فمصطلح الاستعداد البيولوجي يعتمد على العوامل البيئية كالتعرض للمـــــواد ويمكن تعديله عن طريق عدد من هذه العوامل البيئية الاجتماعيـــــة كتعديـــل الاتجاهات الثقافية نحو هذه المواد ، وسعرها، وتصنيعها، وأتاحتها (دنويـــدى ورايش، Dinwiddie & Reich, 1992) .

**العوامل الاجتماعية والثقافية والجماعيـة Community\ Social\ Cultural Factors**

قد يتغاير مراهقي الجماعات العنصرية والعرقية المختلفـــة في درجـات مخاطرة تطور استخدامهم وسوء استخدامهم للمواد، فلقد أشارت الدراســات السابقة إلي أن معدلات استخدام المواد بين الشباب الأمريكـــي مـــن أصـــل أفريقى (الزنوج) كانت أقل بصفة عامة من معـــدلات اســـتخدام الشـــباب الأمريكي من أصل أسباني وبصفة جزئية من الشباب البيض (بارنيس وويلـت، Barnes & Welte, 1986) ، (نيوكومب وبنتلـير، Newcomb & Bentier, 1986a, 1986b. وعلى أية حال فإن شباب الجماعات الأقليـة

قد تشعر بعدد من الآثار الاجتماعية السلبية بدرجة أكبر من الشباب البيض (بارنيس وويلت، Barnes, Welte,1986) ، (هاربر، Harper, 1979) ، (ترمبل، بادلا وبيل، Trimble, Padilla & Bell, 1987) . وقد تزداد نسب استخدام مواد محددة بين جماعات الأقلية فعادة ما تظهر هذه الجماعات معدلات أعلى في استخدام الكوكايين والهيروين (كانديل وسنجل وكيسلير، Kandel, Single, & Kessler, 1976) . كما أن التجمع أو التجاور السكاني الذي يتميز بحالة اجتماعية اقتصادية منخفضة، وبكثافة سكانية عالية، وبقابلية منخفضة للتحرك السكاني، وبالتدهور في النواحي الجسمية، وبالارتفاع في معدلات الجريمة، يتميز بزيادة استخدام مراهقيه للمواد (بروك، وايتمان، غوردان وبروك، Brook, Whiteman, Gordan, & Brook,1990) . كما أن التجمع أو التجاور السكاني الذي يتميز بالنسب العالية من البطالة والمشكلات الاقتصادية الأخرى تقدم مصادر دخل قابل للشباب، ومن ثم تتوافر معايير الانحراف داخل هذه الجماعات، وتدفع الشباب لاستخدام وسوء استخدام المواد، كما ترتبط الجريمة والعنف بهذه المجتمعات التي يتوافر فيها مثل هذه الخصائص.

- كما يصبح الشباب داخل هذه المجتمعات أقل ارتباطاً بالمعايير الاجتماعية السوية وأكثر تمرداً، وأقل إنجازاً وأكثر عزلة (كومبفر، Kumpfer, 1989) . وفي كثير من المناطق المركزية الحضرية تتحطم أنظمه السيطرة الرسمية وغير الرسمية.

نادراً، إن لم يكن مستحيلاً أن تكون عوامل المخاطرة وحدها كافية لإحداث التطور والتقدم في مراحل استخدام المواد والوصول إلى سوء استخدامها، فهناك عدد من عوامل المخاطرة التي قد تتداخل فيما بينها، كما تتداخل مع العوامل البيئة وتدفع الطفل والمراهق نحو السير في طريق استخدام وسوء استخدام المواد النفسية، وعلى الرغم من أن بعض هذه العوامل تعد مؤشرات قوية، وخاصة خلال مراحل معينة من التطور، إلا أنه لا يوجد عامل محدد أو مجموعة عوامل محددة تؤدي بالضرورة لاستخدام المراهق للمواد وسوء استخدامها فيما بعد.

وفي الحقيقة، اقترحت الدراسات التنبؤية بأن هناك عدد ... ل المخاطرة التي تنبئ باستخدام المراهق للمواد بدرجة أفضل من المجموعة النوعية لعوامل المخاطرة الأخرى (بري، Bry, 1983) ، وانطلاقا من النموذج النمائي، قام الباحثون بوضع عدد من النظريات توضح تفاعل عوامل المخاطرة المتنوعة خلال مراحل نمو الطفل والمراهق وتؤدي لكل من الامتناع عن البدء أو الاستمرار، أو التدرج في استخدام المواد المختلفة أو في سوء استخدامها وإدمانها، وفي النهاية استخدام الأنماط غير الباثولوجية من المواد المشروعة من الناحية القانونية لصغار الراشدين، ولقد اقترح جيسور ومساعدوه (دونوفان وجيسور، Donovan & Jessor, 1978 ، (جيسور وجيسور، Jessor & Jessor, 1977) مفهوم "

الميول proneness " لوصف ميل عوامل المخاطرة لتنشيط أو كف حدوث السلوك المشكل الذي يشمل استخدام المواد .

وتعد وجهة نظر أصحاب نظرية السلوك المشكل أن سوء استخدام المواد هو أحد السلوكيات التي تم تعلمها ضمن السياق النفسي الاجتماعي — وهذا عكس ما تراه النظرية التي ترتكز على القواعد البيولوجية أو الوراثية — وتري هذه النظرية أن عوامل المخاطرة تعمل ضمن ثلاثة أنظمة من التأثير الاجتماعي النفسي هي: (١) نظام البيئة المدركة (٢) نظام الشخصية، (٣) النظام السلوكي، وأن خصائص المراهق علي أبعاد معنية من هذه الأنظمة الثلاثة هي التي تحدد ما إذا كان المراهق سوف يستخدم المواد بشكل، أم أنه سوف يصاب بعرض السلوك المشكل بشكل عام، وتتشكل الميول نحو السلوك المشكل في الأنظمة الثلاثة من خلال عوامل المخاطرة التي تشتمل الاتجاهات غير التقليدية، وزيادة التعلق بالأقران على حساب الوالدين، ومزيد من الانغماس في السلوكيات المنحرفة.

وتعد المفاهيم الواردة في نظرية السلوك المشكل مفيدة في إطار السياق النمائي، وأيضاً عوامل المخاطرة المنبئة بالميل نحو السلوك المشكل، التي تربط تصورياً لتوضيح أثرها على نمو المراهق في مرحلة الانتقال عندما تؤثر الأنظمة النفسية الاجتماعية الثلاث بأقصى حد لها تجاه الانحراف أوبعيداً عنه ، أو مع السلوك المشكل ,

كاستخدام المواد، فعند إدراك المراهقين بأن هـــذه المـــواد ذات وظيفيـــة أو تساعدهم في الحصول على أهداف مرغوبة يندفعون نحو التعلق بها ، كمـــا أن المراهقين الذين لديهم أو الذين يدركون بأن لديهم خيارات تقليدية ومحـــدودة من السلوك عادة ما يكونوا عرضة بدرجة أكبر لمخـــاطرة التعلـــق بالســـلوك المنحرف كسلوك سوء استخدام المواد.

وعلي الرغم من أن النموذج النظري الذي قدمـــه جيســـور لتفســـير السلوك المشكل Jessor problem-behavior theory model يـــأخذ في اعتباره التفاعل البيني لعوامل مخاطرة الاتجاه البيئي، والسلوكي المتعـــددة ـــ التي قد يؤدى إلى استخدام، وسوء استخدام المواد، أو السلوكيات المنحرفـــة الأخرى، إلا أنه لا يأخذ في اعتباره مساهمة التأثيرات الناتجة عن وجود عوامـــل المخاطرة الوراثية أو البيولوجية علي بيئة المراهق والتي قد تؤدي إلي اســـتخدام وسوء استخدام المواد. ولقد حاولت النظريات التطورية الأخرى أن تـــأخذ في اعتبارها مساهمة النواحي الوراثية ـــ البيولوجية. فافترضت نظرية الســـلوك ـــ الوراثة التطوريـــة لتارتـــر (Tarter's deveiopmental behavior genetic theory (تارتر، الترمان وإدوارد ، (Tarter, Alterman & Edward,1985 الاستعداد البيولوجى الذي يتفاعل مع عوامـــل المخـــاطرة البيئية ويؤدي إلي نتائج محددة، فإذا كان العجز البيولوجي مع عامل المخـــاطرة البيئى، كل علي حدة أو مع بعضهما البعض كافية، تكون النتـــائج ســـلبية، حيث أن سوء استخدام المواد أو ما يرتبط به من اضطرابات نفسية محتملـــة، يعتمد على التفاعل بين نوع العجز الوراثى ونوع عامل المخاطرة البيئي.

أما نموذج كلونينجير العصبي الوراثـــي (1987) Cloflinger's neurogenetic model فيؤكد على أن العوامل الوراثية هي التي تؤدي إلي البداية المبكرة لإدمان الخمور. ويفترض كلونينجير ثلاثة أبعاد في الشـــخصية تعكس الاختلافات الفردية أو الاختلافات الوراثية في الدمـــاغ أو في أنظمـــة الموصلات العصبية neurotransmitter التي تسيطر على استجابة الفـــرد النوعية، ليس فقط للكحول، ولكن للمثيرات البيئية الأخرى. ولكـــن لســـوء الحظ، فإن تفاعل هذه العوامل الوراثية مع العوامل البيئية قد لاقـــت إهتمـــام قليل عند قيام كلونينجير بشرح هذه النظرية.

## النتائج المتطورة لاستخدام المراهـــق للمـــواد Developmental Consequences of Adolescent Substance Use

قام نيو كومب وبنتلـــر وزملاؤهـــم (1986) Newcomb and Bentler بدراسة وتوثيق أثار ونتائج الاستخدام المنتظم للمـــواد مـــن قبـــل المراهقين. ولقد وجدوا كغيرهم من الباحثين، أن استخدام المواد نـــادرا مـــا يحدث بصورة منفردة ولكنه يحدث بصورة متكاملة ومتسقة مـــع اتجاهـــات وسلوكيات المراهق الأخرى. ومن أكـــثر هـــذه الأنمـــاط شـــيوعا التوافـــق الاجتماعي المنخفض والانحراف الزائد، وعلى أية حال، هناك العديـــد مـــن الأنماط الأخرى.

ويبدو أن استخدام المراهق للمواد يرتبط بانشغال المراهق مبكراً بتكوين أسرة، ويشتمل ذلك على الزواج وإنجاب الأطفال، على الرغم من أن استخدام المواد يعد مؤشر لحدوث الطلاق وحدوث مزيد من سوء العلاقة بين الزوجين، كما يقلل من إمكانية الاستمرار في التعليم أو الالتحاق بالدراسة الجامعية، كما أن استخدام العقاقير الشديدة يقلل من فرص الانتهاء من الدراسة في المرحلة الثانوية، كما يدخل المراهقين الذين يستخدمون المواد مبكرا لمجال العمل مقارنة بأقرانهم الذين لا يستخدمونها ومن ثم فهم يكسبون نقودا أكثر خلال المرحلة المبكرة من سن الرشد وأخيراً فإن المراهقين الذين لايستخدمون المواد يفوق دخلهم دخل أقرانهم المستخدمين لها، والاقتراح القائل بأن القيود التعليمية المبكرة التي تعود إلي استخدام المواد قد تؤدي في النهاية إلي احتمالية انخفاض الدخل

وعلي نحو مشابه، فإن استخدام المراهق للمواد مؤشرا على استمرارية عدم ترقيه في العمل.

وعلى الرغم من أن استخدام المواد من قبل المراهقين يزيد من انغماسهم في الجرائم المرتبطة بالعقاقير بوجه عام، إلا أنهم أظهروا مستويات منخفضة من جرائم العنف باستثناء من يستخدمون مواد معينة كالكوكايين، كما أن استخدام المواد لا يؤثر بوجه عام علي الحالات المزاجية أو العاطفية، إلا أن استخدامهم للعقاقير الشديدة (وبصفة خاصة المنشطات، والمنومات، والمستنشقات، والمخدرات) ينبئ بزيادة أفكارهم الانتحارية والأفكار الأخري التي تحط من قدر الذات وانخفاض المساندة الاجتماعية وزيادة الوحدة مع

بداية مرحلة الرشد. كما أن استخدام العقاقير الشديدة يؤدي أيضاً إلى المعتقدات الشاذة، والأفكار الغريبة، والتفكير المشوه. وعلى الرغم من هذه التأثيرات السلبية الواضحة لاستخدام المواد على مهام نمو المراهق، إلا أن استخدام مواد معينة يكون له تأثيرات مفيدة. فاستخدام الكحول ينبئ بانخفاض المشكلات التي تقع خلال علاقة الشخص بالآخرين، وبانخفاض العزلة، وزيادة المساندة الاجتماعية ومزيد من التأثيرات الإيجابية الأخرى. كما تشير نتائج دراسات نيوكومب، وبنتلير إلى أن استخدام المراهق للكحول، يعد منبئ لأكثر المواد النفسية المستخدمة شيوعا في المجتمعات الغربية، ويمكن أن يكون له وظيفة إيجابية تكيفيه تتضمن تحسين التفاعلات الاجتماعية بين المراهقين. وضمن السياق النمائي للمراهق ، لايتفق استخدام المراهق للكحول مع سوء استخدامه له، وقد يهيئ استخدام الكحول المراهق للتفاعلات الاجتماعية في مرحلة الرشد لأن مثل هذا الاستخدام الكحول بشكل عام يعد كزيت التشحيم للتفاعل الاجتماعي. ويجب أن نأخذ في اعتبارنا أن معلومات نيوكومب وبنتلير إنما تعكس نتائج استخدام المراهقين للمواد وليس سوء استخدامها من قبل المراهقين . ومن خلال تعريف سوء الاستخدام والإدمان نجد أن كل منهما يتضمن وجود نتائج سلبية أو عجز وظيفي في مجال أو أكثر من مجالات حياة المراهق.

وبالاتساق مع النظريات السابقة عن تأثيرات استخدام المراهق للمواد، تنبأت نتائج نيوكومب وبنتلير بأن استخدام المراهقين للمواد قد يتصارع مع مقدرتهم في معالجة مطالب النمو بشكل ملائم وعادة ما يشتمل ذلك على

الانشغال غير الناضج بمجالات متعددة، كالعمل وتكوين الأسر، قبل نمو مقدرتهم على معالجة مطالب النمو. ولقد اقترح بومريند وموزيل (1985) Baumrind and Moselle أن استخدام المراهق للمواد يعيق اكتمال النضوج من خلال تأثيره على عدد من العمليات الأساسية اللازمة لإنجاز مطالب النمو، وتشكيل الهوية.

## التاريخ الطبيعي لسوء استخدام المراهق للمواد

يقوم معظم المراهقين بتجريب المواد النفسية، وخاصة الكحول. وعدد منهم يتقدم نحو معاودة الاستخدام المشكل مرة ثانية ــ وعادة ما يشتمل على الكحول ــ وعلى الرغم من أن المراهقين المتعاطين للكحول بدرجة كبيرة قد يشكلون لب التطور الذي يؤدي في النهاية لسوء استخدام الكحول وإدمانه في مرحلة الرشد (زوكير، Zucker, 1979) ، إلا أن هناك دليل حاسم على أن معظم المراهقين يصلون لذروة الاستخدام المشكل في سن ١٨ – ٢٠ سنة ثم يقل هذا الاستخدام فيما بعد بتقدمهم في العمر (ياماجوتشي وكانديل، Yamaguchi & Kandel, 1984) .

ولقد أظهر البحث دليلاً على عدم استمرار حالة الشرب المشكل خلال الفترة العمرية الممتدة من المراهقة وحتى بداية الرشد (جيسور، Jessor, 1984) . ومن خلال فحص نمطين من أكثر أنماط استخدام الكحول شيوعا في مرحلة المراهقة، وهما الشراب " الملائم احتماعيا " و"الشراب المشكل "، اتضح أن

المشكلات المرتبطة باستخدام الكحول بين المراهقين تختلف قليلا عن المشكلات المرتبطة باستخدامه بين الراشدين (هيوجهيس، باور وفرانسيز Hughes, Power, & Francis,1992) . ومن المفترض، أنه ضمن سياق التجريب الطبيعي للمراهقين " الاستخدام الملائم اجتماعياً " لا يمر المراهقين بنفس نتائج الاستخدام التي يمر بها الراشدين على الرغم من تكرار استخدامهم للكحول بمستويات عالية ، وبكميات كبيرة.

وعلي نحو مماثل، تصل أنماط التعلق بالماريجوانا والعقاقير المحظورة الأخرى ذروتها في مرحلة المراهقة المتأخرة (كانديل ولوجان، ,Kandel &, Logan,1984) . ومن ثم فإن عادات الشرب المتقدمة خلال المراهقة المتوسطة ليست كافية، ولا تؤدي بالضرورة للتطور فيما بعد نحو إدمان الكحول خلال بدايات مرحلة الرشد ( اندرسون و ماجنوسون، Andersson & Magnusson,1988) .

هذا الانخفاض في استمرارية هذه الأنماط من الاستخدام خلال تلك الفترة قد ترجع للعمليات النمائية التي يمر بها الأفراد، ومع تزايد الحصول علي المواد، وخاصة الكحول وقلة الإشراف والمتابعة خلال مرحلة الدراسة الثانوية، يكون من الطبيعي أن يصل استهلاك المواد إلي ذروته خلال الفترة العمرية الممتدة من سن ١٨ إلي ٢٠ سنة (ياماجوتشي، وكانديل، Yamaguchi & Kande, 1984) . ومن ثم فإن غالبية المراهقين والراشدين الصغار يكتشفون بأنهم غير قادرين علي إنجاز مهام النمو بنجاح مع بداية مرحلة الرشد التي تتمثل في مواصلة التعليم العالي، والحصول على

مهنة مستقرة، وتنمية العلاقات، وتكوين الأسرة في النهاية بينما يستمرون في الاستخدام المشكل أو الشديد للمواد. كما أن أحداث الحياة كالزواج، والأبوة، والانتقال من مرحلة المراهقة تؤدى إلي زيادة إمكانية انخفاض أو التوقف عن استخدام المواد (إسبنسين، وإليوت، Esbensen & Elliot, 1994).

وبالإضافة إلي تأثر عوامل النضج النمائية توجد مجموعة أخرى من التأثيرات المتراكمة أو الفترات المؤثرة، وهذه العوامل تشتمل علي تغير أنماط استخدام العقار بصورة إجمالية بين الأجيال أو حتي بين المراهقين الذين يعيشون في فترات زمنية متعاقبة، بصرف النظر عن عمر الفرد الذي يستخدم المواد، حيث زاد استخدام المراهقين للمواد بصفة عامة خلال الستينات ثم انخفض استخدامهم للماريجوانا والكوكايين مع بداية السبعينات وحتي منتصف الثمانينات، وتلك أمثلة واضحة تدل علي تأثير الفترة الزمنية أو التأثيرات المتراكمة (أومالي، باتشمان وجونستون، O'Malley, Bachman, & Johnston,1988)، وعلى الرغم من الدليل الواضح عني انخفاض استخدام المواد بين المراهقين (جامعة ميتشيجان، University of Michigan, 1994)، إلا أن هذه النتائج قد تتداخل مع النتائج التي تدل علي انخفاض بداية إدمان المراهقين للكحوليات (رايخ وآخرون Reich,et.,al.,1988).

أي من المراهقين المستخدمين أو المسيئين لاستخدام المواد يستمر في النمط السيئ أو ينمي مشكلات أكثر حدة باستخدامه للمواد خلال مرحلة

الرشد ؟، بفحص قائمة من عوامل المخاطرة، وجد أن الأفراد الذين يستمرون في استخدام المواد في مرحلة المراهقة هم الأفراد الذين لديهم عدد كبير من هذه العوامل، وبصفة خاصة عوامل المخاطرة الظاهرة كاستخدام المواد في سن مبكر والانحرافات السلوكية، أو معايشة الانحرافات السلوكية الشديدة، والأداء الأكاديمي المنخفض، والمستويات المنخفضة من الارتباط بالوالدان، والتاريخ الأسري في سوء استخدام المواد أو الاعتماد عليها

وعلي الرغم من احتمالية حدوث سوء الاستخدام أو الاعتماد علي المواد لأي مراهق، إلا أنه قد يبدو واضحا أن مخاطرة سوء استخدام المواد لا تنتشر بصورة منتظمة بين كل المراهقين. وذلك لأن عوامل المخاطرة المتعددة والسياقات المتعددة للمخاطرة تؤدي إلي اقتراح مسارات متعددة لتصور استخدام المواد. وباستخدام المنظور النمائي، اقترح زوكير (1994) Zucker أنماط متعددة لإدمان الكحوليات تعتمد على وجود أو غياب عوامل المخاطرة المتنوعة، فالأفراد ذو الكحولية المضادة للمجتمع Antisocial alcoholism ، والأفراد ذو الكحولية المحدودة التصور developmentally-limited alcoholism يتميزون بسلوكياتهم الشاذة خلال مرحلة المراهقة، على الرغم من أن التطور المحدود الذي يتميز بانخفاض تحمل عامل المخاطرة وانخفاض معدل النمو لمرحلة المراهقة، كما أن النمط الآخر من الأفراد "ذو الكحولية المبدئية primary alcoholism " ، ينمون مشكلات كحولية غير مستمرة وغير مصاحبة بمشكلات جوهرية، ونتيجة لتباين النوعي للكحولية، ظهر نمط آخر من الكحولية وهو الكحولية

ذات الأثر السلبي negative affect alcoholism ، الذى يشمل اضطرابات الإكتئاب، والقلق ــ التى يمكن ملاحظتها أيضا بين المراهقين. كما أن التحديد الصحيح للأنماط الفرعية لمسيئي استخدام المواد من المراهقين يجب أن يساعد بشكل نهائي في تحديد عوامل المخاطرة النوعية، وتتطور كل نمط من هذه الأنماط. وهذا قد يسهل اختيار التدخلات العلاجية لها أو لعينات المراهقين بصفة عامة .

**الخلاصة**

لماذا يقوم المراهقين بالبدء في استخدام المواد النفسية ولماذا يتدرج بعضهم وليس كلهم في التقدم نحو سوء استخدام أو إدمان مواد معينة من هذه المواد دون غيرها ؟ للإجابة علي هذه الأسئلة يجب أن نأخذ بعين الاعتبار كل من السياق النمائي داخل المجتمع، والمهام المعرفية للمراهقين والتوجه نحو النضج والرشد عند تعرضنا لاستخدام، وسوء استخدام المواد من قبل المراهقين. فخلال انتقال الفرد من مرحلة الطفولة إلي مرحلة البلوغ، يتعرض المراهق مبدئيا للمخاطرة نتيجة وجود بعض الخصائص التكوينية أو المزاجية التي لها أصول بيولوجية أو أصول وراثية، وعند تعرض المراهق للنماذج واتجاهات الوالدان، أو الراشدين، أو أقرانهم ، وللتراث الشعبى، والرسائل الإعلامية، فإن هذا يحثه ويشجعه على استخدام المواد، وفي بعض الحالات لا يشجعه على استخدامها، وكلما حاول المراهق الحصول على الاستقلال بعيدا عن الوالدين، حاول في نفس الوقت القيام بعدد متنوع من

سلوكيات الراشدين الواقعة في محيط إدراكه والتي قد يكون من بينها استخدام المواد. ونتيجة لنموهم المعرفي المحدود وأحكامهم القاصرة يقعون في مخاطرة بعض المشكلات أو في تبعات استخدامهم للمواد، التي قد تعوق المزيد من عمليات النضج أو النمو، والانتقال الناجح إلى بداية مرحلة الرشد، كما توجد بعض عوامل النمو النوعية الأخرى التي تعرض المراهق لمخاطرة سوء استخدام المواد، والتي تشتمل على زيادة تكرار الاضطرابات النفسية، وخاصة الاضطرابات السلوكية والعدوانية بين المراهقين، وضغوط التنافس على الانجاز، وبصفة خاصة الحصول على العلاقات الكاملة. والتحصيل الدراسي وفي النهاية التنافس المهني. وخصائص المراهقين، وأقرانهم وأسرهم، ومحيطهم الاجتماعي، كل هذا قد يكون مؤشر على حدوث مشكلات سوء استخدام المواد في بداية مرحلة المراهقة وما بعدها. كما أن انتشار عوامل المخاطرة بين عينات محددة من المراهقين، والمحتوي النمائي لعوامل المخاطرة له تطبيقات مهمة في وقاية، وتقييم، وفي النهاية علاج المراهقين من سوء استخدام المواد والاعتماد عليها، كما أن فهم وتحديد هذه الخصائص وتأثيراتها على النمو السليم للمراهقين يحدد مدى نجاح المجتمع، والإكلينيكيين في وقاية المراهقين وعلاجهم من سؤ استخدامهم للمواد.

# الفصل الخامس

# الاضطرابات الطبية النفسية المصاحبة

# Coexisting Psychiatric Disorders

# الفصل الخامس

## الاضطرابات الطبية النفسية المصاحبة

إن أهمية الاضطرابات السيكاترية المصاحبة لسوء استخدام المواد أمـــــر موثوق فيه بشكل جيد بالنسبة للراشدين. فمن خلال الدراســـــات الوبائيـــة epidemiological الكبيرة عن مشكلات الصحة النفسية لدي الراشـــدين اتضح أن ٣٧ ٪ من الراشدين الذين يعانون من اضطراب تعاطي الكحـــول أو تعاطي أي عقار آخر يعانون أيضاً مــــن اضطـــراب ســـيكاتري مصـــاحب (Regier, et al 1990). ومن بـ ـهؤلاء الذين يعانون من الإضطرابـــــات السيكاترية كان هناك خطر أكبر للإصابة باضطراب الإدمان بمعـــــدل ٢,٧٪ مرة مع نسبة انتشار الإدمان طول الحياة لحوالي ٢٩ ٪. أما الراشدين الذيـــــن يعانون من حالات مرضية يكون لديهم مخاطر أكبر مـــن أن يكـــون لديـــهم اضطراب مرضي مصاحب، وبالنسبة للراشدين الذين يعانون من اضطـــــراب استخدام الكحول، فإن الاضطرابات الوجدانية من أبرز الاضطرابات النوعيـــة المصاحبة، وخاصة الاضطرابات ثنائية القطب، واضطراب القلق، واضطـــراب الشخصية المضادة للمجتمع. ومن بين الأشخاص الذين يعانون من اضطرابـات متصلة بعقاقير أخرى، فإن ٥٠ ٪ منهم يعانون من اضطرابات نفسية أخـــري

تشتمل علي معدلات مرتفعة من الاضطراب الوجداني (٢٦٪)، واضطراب القلق (٢٨٪ )، واضطراب الشخصية المضادة للمجتمع (١٨٪).

ولسوء الحظ، لا يوجد دراسات قياسية علي مستوي متسع من السكان عن انتشار الاضطرابات المصاحبة واضطرابات سوء استخدام المواد لدي المراهقين. وفي الواقع، فإن الدراسات الموجودة حول الاضطرابات المصاحبة في المجتمعات العيادية للمراهقين تعاني من مشكلات منهجية methodological problems جوهرية تشكك في صدق البيانات وفي مدي إمكانية تعميم نتائجها علي مجموعات أخري من المراهقين. ومع ذلك، فإنه من المحتمل أن يكون الاضطراب السيكاتري المصاحب ومشكلات إستخدام المواد هامة في مجتمعات المراهقين مثلما هي بالنسبة للراشدين.

وهناك عدد من العقبات التي تعيق إجراء البحث الجاد حول الأمراض المصاحبة لدي المراهقين، وذلك لأن نقص صدق وثبات التصنيفات المرضية والمحكات التشخيصية النوعية للاضطرابات يؤدي إلي قصور في الفهم الحقيقي للأعراض السلوكية والانفعالية المصاحبة، وكبديل للتصنيف الفئوي فإن المقاييس الإبعادية نادراً ما يتم استخدامها في المقارنة بالمراهقين الذين لديهم صور أخري من الاضطرابات النفسية.

كما أن تعريف الاضطراب النفسي المصاحب لسوء استخدام المواد النفسية يمثل مجموعة أخري من المشكلات المنهجية الإضافية، وقد ترجع الفروق في

معدلات الأمراض المصاحبة التي توصلت إليها الدراسات السابقة إلي اختلاف العينات المدروسة، واختلاف نوع وطرق التقويم المستخدمة ،وكذلك الحالة النفسية للمفحوصين،وأخيراً توقيت القياس .

**العلاقات بين سوء استخدام المواد والاضطرابات النفسية المصاحبة**

علي الرغم من وجود عدد من العلاقات الممكنة بين سوء استخدام المواد والاضطرابات النفسية المصاحبة، إلا أن هناك عدد من العلاقات المحددة التي اقترحها ماير (Meyer 1986). وهذه العلاقات تشتمل علي:

(ا) الأعراض السيكاتريه أو الاضطرابات المتطورة كنتيجة استخدام أو سوء استخدام المواد النفسة

(ب) الاضطرابات السيكاتريه التي تغير مسار سوء استخدام المواد.

(ج) سوء استخدام المواد الذي يغير مسار الاضطرابات السيكاترية .

(د) الاضطرابات النفسية لدي كل من الأفراد وأسرهم ، كعامل مخاطرة في تطور سوء استخدام المواد.

( هـ ) سوء استخدام المواد النفسية والاضطرابات النفسية الناتجة عن الاستهداف العام.

ويقع خلف التحقق من انتشار المصاحبات بين مجموعة محددة من المراهقين العديد من الدراسات التي تشمل هذه المصاحبات كمحاولة لتوضيح هذه العلاقات. ويعد استخدام كل من البرنامج الأولي — الثانوي primary-secondary paradigm (وينكور وآخرون Winokur)

et, al 1970. أو المدخل الهرمي كحلين مقترحين لتصنيف الاضطرابات النفسية وعلاقتها بالإدمان أو اضطرابات سوء استخدام المواد . ويشير التصنيف الأولي ــ الثانوي إلى ترتيب التشخيصات طبقا لأولية ظهورها من الناحية الزمنية : فالتشخيص الذي تظهر علاماته وأعراضه النوعية أولاً يمكن اعتباره تشخيصاً أولياً ، بينما يعد التشخيص الذي يليه في الظهور، وهذا البرنامج في شكله الأصلي، كما وضعه، جماعة جامعة واشنطن (وينكور ورايتش وريمر وبيتس ,Winokur, Reich, Rimmer, & Pitts) 1970 لا يفترض وجهة السببية أو وجهة مسببة للاضطرابات. وهناك عدد من الدراسات قامت بفحص قيم صدق التمييز بين التشخيصات الابتدائية ــ الثانوية، وأشارت نتائجها إلى أن البرنامج يؤدي إلى انخفاض في عدم التجانس التشخيصي عن طريق تمييزه للمجموعات المختلفة طبقا لبدايتهم وتقدمهم ومآل حالتهم (شيوكت Schuckit,1985 )، وطبقاً لتاريخهم الأسري، وانتشار الاضطراب السيكاتري بينهم (Guze, Woodruff, & Clayton. 1971).

وبشكل مثير للانتباه داخل الجماعات العلاجية من الكحول والعقار . والتراث الذي يدور حول كل منهما ،فإن الإدمان غالبا ما يسمي بالاضطراب أو المرض المبدئي هذا علي الرغم من عدم وضوح التعريف الدقيق لما يعرف " بكلمة المبدئي " إلا أن الاضطراب المبدئي قد افترض

ليكون الاضطراب تحتي يتطلب أو يستحوذ علي الانتباه والعلاج قبـــل عـــلاج الاضطرابات الأخرى المصاحبة له (ماك دونالد MacDonald, 1984).

جدول ٥ ــ ١

الاضطرابات السيكاترية الشائعة المصاحبة

| | |
|---|---|
| اضطراب السلوك Conduct Disorder وبصفة خاصة النمط العدواني aggressive type. | |
| اضطراب عجز الانتباه مع النشاط الزائد | Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) |
| اضطرابات المزاج: | Mood Disorders |
| الاكتئاب الذهاني | Major Depression |
| القنوط أو الجزع واليأس | Dysthymia |
| الاضطراب ثنائي القطب | Bipolar Disorder |
| ذهان الهوس الاكتئاب | Cyclothymia |
| اضطرابات القلق | Anxiety Disorders |
| المخاوف الاجتماعية | Social Phobia |
| اضطرابات ما بعد الضغوط المؤلمة | post Traumatic Stress Disorder (PTSD) |
| اضطراب القلق المعمم | Generalized Anxiety Disorder |
| السمنة العصبية | Bulimia Nervosa |
| اضطراب الفصام | Schizophrenia |
| اضطراب الحد البيني للشخصية | Borderline Personality Disorder |

وفي الحقيقة، عادة ما يكون التأثير ثنائي الاتجاه ؛ بمعني أن استخدام أو سوء استخدام المواد والاضطرابات النفسية يؤثر كل منهما في الآخر . كما أن حدوث هذين النوعين من المشكلات يؤدي إلي وجود نوع ثالث من التشخيص، الذي عادةً ما نطلق عليه " التشخيص الثنائي" du al diagnosis. ويشمل " تحديد " التشخيص الثنائي " وأقصى حد لعلاجه علي معلومات عن كل من الاضطراب النفسي واضطراب سوء استخدام المواد من قبل المراهقين. وهناك عدد الاضطرابات النفسية التي تحدث بشكل عام نتيجة لسوء استخدام المواد من قبل المراهقين ( أنظر الجدول السابق رقم ٥ ـــ ١).

**السلوك المنحرف ، والسلوك المضطرب ،واضطراب الشخصية المضادة للمجتمع**

لقد ارتبط السلوك الشاذ، والسلوك المضطرب ،وأخيرا اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، بسوء استخدام المواد لفترة طويلة . ولأن استخدام المراهقين للمواد، وبالتأكيد سوء استخدامهم لها، تعد من السلوكيات المنحرفة، لذا فإن ارتباط الاضطرابات بجزء من سوء الاستخدام بعد تكرار لكل منهما.ومن خلال الدراسات الوبائية التي أجريت علي عينات كبيرة اتضح أن اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع لدي البالغين ما هي إلا حالة مرضية شائعة وتكون أكثر ارتباطا بشكل عام بسوء استخدام المواد النفسية .كما أشارت نتائج الدراسة الوبائية التي أجريت في منطقة كاتشمنت

إلي أن ما (The Epidemiologic Catchment Area (ECA يقرب من ٨٣,٦ ٪من الأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع قد انطبق عليهم المعايير التشخيصية لعدد من أشكال سوء استخدام المواد النفسية (Regieret al., 1990) كما أشارت نتائج هذه الدراسة أيضا إلي أن خطر سوء استخدام المواد النفسية خلال التأريخ العائلي للأفراد يرتبط بوجود تأريخ مرضي واضطراب الشخصية المضادة للمجتمع مع زيادة الاحتمال بإدمانهم للكحوليات (Lewis. Rice, & Helzer, 1987) كما لاحظ عدد من الباحثين أن السلوك المضاد للمجتمع في مرحلة الطفولة ، الذي يشتمل علي العدوانية، يكون مؤشرا لحدوث المشكلات المرتبطة بتعاطي الكحول واستخدام العقاقير في مرحلة البلوغ (Kellam, Stevenson, & Rubin, 1983; MeCord & McCord, 1960; Robins, 1966). ومعظم الدلائل تشير إلي أن السلوك المنحرف واضطراب السلوك يسبقان سوء استخدام المواد النفسية (Gittleman, Huizinga & ;Mannuzza, Shenker, & Bongura, 1985 Elliot, 1981). مثل هذه المقدمات من العوامل السابقة كالمشكلات المتنوعة بشكل كبير لاضطرابات السلوك المبكرة،والسلوك العدواني واضطراب الانتباه مع النشاط الزائد hyperactivity ( ADHD ) ربما تؤدي ليس فقط لخطر السلوك المضاد للمجتمع في المراحل العمرية التالية ،ولكن أيضا لسوء استخدام المواد النفسية (Loeber ,1988 ).كما أن

وجود المشكلات السلوكية في مراحل مبكرة يرتبط بزيادة تكـــرار وتنـــوع السلوك المضاد للمجتمع الذي يشتمل علي سوء استخدام المواد النفسية .ولقـد اقترح لبور (Loeber, 1988) ثلاثة مسارات من النمو لشرح المصاحبات المميزة للأطفال المنحرفين ، المسار الأول ويسمي بمسار العدوان المتعدد the path ،الـــذي يتميز بوجود الاضطراب السلوكي المبكّر، والسلوك العدواني، ومعدلات أعلي مـــن اضطراب الانتباه DHD .وضعف المهارات الاجتماعية وسوء العلاقات مع الأقـران ،والسيادة الذكرية القبلية .والمعدل المنخفض من التقبل . إنّ المسار العدواني المتعـــدد يوضح بدرجة كبيرة احتمالية حدوث استخدام المواد أو سوء استخدامها في مراحـــل مبكرة .ومسار عدم وجود السلوك العدواني المضاد للمجتمع Anon aggressive anti social path الذي يتميز بقليل من المشكلات المرتبطة بالانتباه والاندفاعيـــة impassivity .والمهارات الاجتماعية، والعلاقـــات مـــع الأقـــران ،والعدوانيـــة ،والمعدلات العالية من التقبل .وعلي الرغم من أن السلوكيات المنحرفة غير العدوانيـــة قد تنبئ باستخدام أو سوء استخدام المواد في المراحل التّالية ،إلا أن العدوان في حـــد ذاته قد يكون مؤشرا جيدا لسوء استخدام المواد المتعـــدّد polysubstance use (Loeber.1990,1991) .ولقد أشارت نتـــائج عـــدد مـــن الدراســـات إلي أن السلوك العدواني في مرحلة المراهقة ربما يكـــون مؤشـــرا جيـــدا علـــي حـــدوث استخدام أو سوء استخدام المواد النفسية والنّتائج السّـــلبية عـــن ذلـــك بدرجـــة أكبر من السلوك العـــدواني في مرحلـــة الطفولـــة . (Brook et al.. 1986) أما المسار الثالث.هو المسار الخاص بسوء اســـتخدام المـــواد . the exclusive substance abuse path والذي يتمـــيز بتطـــوّر ســـوء اســـتخدام الكحـــول

والعقاقير الأخرى في النصف الأخير من مرحلة المراهقة بدون وجود مسبق للسلوك المنحرف بدرجة دالة .وربما يكون الغالبية العظمى من مسيئي استخدام المواد النفسية لم يكونوا من الأفراد الذين لا يعانون من اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع خلال مرحلة الطفولة .إنّ استخدام أو سوء الاستخدام اللاحق للمواد ينتشر بصفة عامة في المراحل التالية بين مجموعات المسار الذي يتميز بالانحراف الشديد .

مما سبق يتضح وجود تأثيرات تفاعلية هامة بين اضطراب السلوك واستخدام وسوء استخدام المواد فالمراهقين الذين يسيئون استخدام المواد في مراحل مبكّرة ، تكون لديهم احتمالية للاستمرار في استخدامها بدرجة أكبر وبالتالي زيادة السلوك المضاد للمجتمع لديهم .كما أن الزيادة في سوء استخدام المواد يرتبط بهذه الأعراض (Fleming. Kellam, & Brown, 1982; Mills & Noyes. 1984; Robins & Prizybeck. 1985).

## العدوان Aggression

ينتشر السلوك العدواني بين عدد كبير من المراهقين الذين يعانون من اضطراب السلوك أو السلوك المنحرف وأيضا بين هؤلاء الذين يستخدمون أو مسيئي استخدام المواد النفسية (Milan et al.,1991) والتأثيرات الدوائية pharmacologic effects لسوء استخدام المواد المتعدّدة يمكن أن تلقي الضوء علي سلوك العنف المنتشر بين الشباب الذين يعانون من سوء استخدام المواد النفسية . حيث يؤدي استهلاك بعض المواد مثل الكحول والأمفيتامينات amphetamines وphencyclidine إلي إمكانية

حدوث زيادة في السلوك العدواني لاحقـــا (Tuchfeld, Clayton, & Logan, 1982). والتأثيرات الدوائية المباشرة تؤدي إلي العـــدوان وربمـــا تتوسط عملية منع الكف وعجز الانتباه وضعف الحكـم poor judgment علي النسّياق البيئي.والسلوك العدوان الناتج عن تعاطي العقاقير ربمـــا يـــزداد نتيجة لعدم الخبرة بدرجة نسبية بين المراهقين الذيــــن يعـــانون مـــن بعـــض الاضطرابات ، كما أن استخدام بعض الوسائل المتعددة بشكل متـــآنٍ،أو في وجود اضطراب نفســـي مســـبق preexisting psychopathology, كاضطراب ثنائي القطـــب، أو الاضطرابـــات النيرولوجيـــة neurologic disorders ، مثل صرع الفص الصدغي temporal lobe epilepsy.

إن التأثيرات الدوائية الحادة لا تفسر العلاقة الداخلية بين سوء استخدام المـــواد النفسية والعدوان. عندما نلاحظ من خلال المنظور النمائي للسلوك العـــدواني المزمن بين المراهقين نجده متزامنا مع بعض السّلوكيات المضادة للمجتمع الـتي تعبر عن نفسها في شكل عدوان مرتبط بـــاضطراب الســـلوك(Loeber, 1991). واضطراب السلوك أو السلوك المنحرف غالبا ما يسبقان اســـتخدام المواد النفسية (Loeber,1990). ومثل هذه الأنماط من السّلوك العـــدواني يمكن ملاحظتها في المراحل المبكّرة لدي الذّكور،ذوي العدوانية في المســـتوي الأول يمكن التنبؤ لهم باستخدام المواد بعد مرور عشر سنوات مـــن عمرهـــم (Kellam. Brown. Rubin, & Emsminger. 1983) كمـــا أن الشاب الذي يكون لديه تكرار عالي من السّلوك العدواني المبكّر من المحتمـــل بالنسبة له أن يستمر هذا لديه بدرجة أكبر في السّنوات التّالية.وكما لوحـــظ

من قبل فإن السلوك العدواني المبكر ينبئ بسلوك سوء استخدام المواد النفسية في مراحل تالية (Robins, 1966) كما أن التفاعلات الاجتماعية interpersonal الأكثر جدية بالسلوك العدواني قبل استخدام العقار. والأكثر جدية الانشغال اللاحق بالعقاقير (.Johnstoil O'Malley, & Eveland. 1978) ولقد أشارت بعض النتائج الأخرى إلي أن السّلوك العدواني المبكّر يؤدي إلى الزّيادة في تعاطي الكحول في المراحل التالية وأيضا الزيادة في السلوك العدواني المرتبط بالكحول. alcohol-related aggression لكن تلك المستويات من تعاطي الكحول لا ترتبط بالسلوك العدواني في المراحل التالية (& .White, Brick Hansell, 1993) بينما يكون السلوك غير العدواني المضاد للمجتمع يكون مؤشرا بدرجة كبيرة لاستخدام المواد أو لسوء استخدامها فيما بعد .كما أن السلوك العدواني المضاد للمجتمع يكون مؤشرا لسوء الاستخدام المتعدد للعقار polydrug وبصفة خاصة من قبل الذكور (Loeber,1990 ). مما سبق ذكره يتضح أن السلوك العدواني في مرحلة الطفولة يعد أفضل من اضطراب الشّخصية المضادة للمجتمع في قدرته على التنبؤ بزيادة الغضب والعدوان خلال تعاطي الكحول (& .Jaffe. Babor ..(Fishbein, 1988

ولقد لوحظ أن المراهقون الذين يرتكبون الجرائم وسلوك العنف غالبا ما يتميزون بوجود سجل تاريخي لديهم في سوء استخدام العقار على سبيل المثال الاستخدام الكبير لأنواع متنوعة من العقاقير التخليقية " الشديدة "

Chaiken & خـــلال مرحلـــة المراهقـــة؛ illicit "hard drugs" "
Chaiken, 1984). وبصفة عامة.فإن الزيادة الواضحة في سوء اســـتخدام المواد تؤدي إلي الزيادة الواضحـــة في أشـــكال الانحـــراف (Bohman, Cloninger, Sigrardisson, & Von Korring, 1982; Dishion & Loeber. 1985). وبالنسبة لكل مسيئي استخدام المواد النفسية ،مـــن مراهقون وبالغون صغار يحتمل أن يكونوا أكثر عرضة للسّلوك العنيف. ولقـــد اشارت نتائج الدراســـة الوبائيـــة الـــتي أجريـــت في منطقـــة كاتشـــمنت (Epidemiologic Catchment Area (ECA إلي أن هؤلاء الأفـــراد الذين أقروا بسلوك عنيف خلال السّنة السّابقة علي إجراء الدراسة كانوا مـــن الذكور الصغار. كما أنهم كـــانوا مـــن الفئـــات الاجتماعيـــة الاقتصاديـــة الدنيا،ولقد تعلقوا بتعاطي الكحول وسوء استخدام العقـــار (Swanson, Holzer, Ganju, & Tsutomu, 1990). والبداية المبكّـــرة لإدمـــان الكحول (في سن أقل من ٢٠ سنة ) قـــد تكـــون علامـــة مميـــزة لمدمـــني الكحوليات. كما أن مجموعة البداية المبكّرة تتميز بوجود ســـلوك إجرامـــي عنيف لديها أكثر، كما أن والديهم يعانون من إدمان الكحوليات ، كما أنهـــم أكثر اكتئابا ،كما وجدت لديهم علي الأقل أربعة محاولات للانتحـــار أكـــثر من مجموعة الإدمـــان المتـــأخر (Buydens-Branchey, Branchey, Noumair, & Lieber, 1989). وهناك دراسات أخرى قد أظـــهرت نتائج مشابهة وبالإضافة إلى ذلك وجدت هذه الدراسات أن مجموعة الإدمـــان

الأصغر يعانون من اضطراب الفزع وأكثر من اضطـــراب ذو قطبـــين روي وآخرون Roy,et., al., 1991)

ومن خلال محاولة تفسير السلوك العدواني المبكّر لدي الشبّاب الذين يســيئون استخدام المواد ،أشارت إحدى النتائج إلي زيـــادة معـــدلات الاضطرابـــات النفسية المصاحبة مثل اضطراب عجز الانتباه مع النشاط الزائـد attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD)، وصعوبات التعلّـــم learning disabilities, واضطرابات المزاج mood disorders بـين هذه المجموعات (Bukstein, Brent, & Kaminer, 1989).. كما أن حدوث اضطراب السلوك المصاحب داخل مجموعة الأفراد الذين يعانون مـــن اضطراب الانتباه مع النشاط الزائـــد ADHD يكـــون متغـــيرا حرجـــا في عدوانيتهم ، وليس اضطراب الانتباه مع النشاط الزائد ADHD فقط ينبـئ بسوء استخدام المواد النفسية في المراحل التالية (August, Stewart. & Holmes, 1983; Halikas, Meile, Morese, & Lyttle, 1990).

وعند مستوى كيميائي حيوي معين ،قامت عدد من الدراسات بتمييز عمليـــة التمثيل الغذائي لمادة السيرياتونين serotonin التي من المحتمل أن يكون لهـــا دورا في حدوث كلا مـــن السّـــلوك العـــدواني والإنتحـــاري (As berg, Traskman, & Thoren, 1976; Branchey, Shaw, & Lieber, 1984)..ولقد وجدت كل من لونيليا Linnoila وزملائـــها (Linnoila, Dejong, & Virkkunen, 1989) أن ٩٧%من مســـيئي اســـتخدام الكحول بين عينة البالغين كان لديهم معدل عال من العنـــف ومندفعـــين في

إطلاق الرصاص. كما وجد ما يقارب من ٦٠٪ من هذه المجموعة لديهم آباء كحوليين.ومنخفضين في CSF5 - HIAA كما أن درجاتهم على الاندفاعية impulsivity مرتفعة وبالمثل أشارت النتائج إلي وجود معامل ارتباط سالب بين درجات مجموعة الأطفال والمراهقين علي العدائية والسلوك العدواني ،والتبرير . والانخفاض في النشاط المركزي في طاقة السيرياتونين serotonergic (Birmacher,et al. 1990).ومن ثم فإن الشّاب الذي يقع تحت خطر البداية المبكّرة لاستخدام وسوء استخدام المواد النفسية يتميزون بوجود مشكلات سلوكية وسّلوك عدواني لديهم في مراحل مبكرة .كما يستمرون في إظهار عدد من الاضطرابات النفسية psychopathology المتنوعة .وكثير من هذه المشكلات ربما تكون ناتجة عن القصور أو الشّذوذ في أنظمة الموصلات العصبية للدماغ brain neurotransmitter ولقد حاول كلوننجر .Cloninger توضّيح الأنماط التحتية subtypes لمدمني الخمور ليس فقط باختلافهم في سن بداية التعاطي ،و في السيادة الذكرية. والاضطرابات النفسية psychopathology المصاحبة لهم ولكن أيضا في العجز المقترح في نظام الموصلات العصبية المحدّد neurotransmitter (Cloninger . 1987)

## اضطراب عجز الانتباه مـع النشـاط الزائـد Attention-Deficit Hyperactivity Disorder

إن اضطراب عجز الانتباه مع النشاط الزائد ( ADHD ) قـد تم افتراضـه كعامل خطر سابق علي عملية استخدام أو سوء استخدام المواد النفسـية في كل من مرحلة المراهقة وسن الرشد. وهنـاك عـدد الدّراسـات المرجعيـة (Alterman, Tarter, Baughman. Schneider, 1985; Tarter, McBride, Buonpane, & Schneider, 1977) التي أشارت نتائجـها إلي زيادة تكرار النشاط الزائد والاضطراب الوظيفي البسيط للمـخ خـلال مرحلة الطفولة بشكل مسبق، بين مسيئي اسـتخدام المـواد النفسـية مـن البالغين. كما توجد عدد من الدراسات الأخرى التي أشـارت نتائجـها إلي زيادة حدوث كلا من تعاطي الكحول وسوء استخدام العقاقير بين المراهقـين الذين لديهم تواريـخ مرضيـة للإصابـة بـاضطراب الانتبـاه ( ADD Attention Deficit Disorder). كـاضطراب معـروف مـن خـلال النظام التشخيصي التصنيفي للدليل التشخيصي الإحصـائي للاضطرابـات النفسـية lll ( DSM ) (Bloum, Bornstein, & Trites, 1978).. كما أقرت عدد من الدراسات التتبعيـة بـأن زيـادة التعلـق باستخدام العقاقير يكون من قبل المراهقون الذين لديـهم تـاريخ مرضـي بـاضطراب الانتبـاه (Gittleman et al.. 1985; Weiss & Hechtman, 1986). ففي دراسة كل من ويس ،وهيتشمان Weiss & Hechtman التتبعية التي أجريت علي متابعة الأطفال الذين يعانون مـن

اضطراب عجز الانتباه (ADD) ما يقرب من ١٠ سنوات وحتى ١٥ سنة، أتضح أن هؤلاء الأطفال لديهم تاريخ في تعاطي الماريجوانا بنسبة أكبر من أطفال المجموعة الضابطة بعد عشر سنوات من المتابعة كما أنهم انغمسوا في تعاطي أصناف ثقيلة أخري من العقاقير ووصلوا إلي نقطة التعاطي القصوى.

ومن خلال دراسة تتبعية أخرى أجريت علي مراهقين لديهم تاريخ مرضي من اضطراب عجز الانتباه وجد كل من باركلي وزملاؤه Barkley and colleagues (Barkley, Fischer, Edelbrock, & Smallish, 1990) أن المراهقون الذين يعانون من النشاط الزائد فقط قد أقروا بمستويات عالية من استخدام السجائر والكحول.

ولقد قام الباحثون بالاستعانة أيضا بالدراسات الوراثية للأسر كمحاولة لتوضح العلاقات المحتملة بين سوء استخدام المواد واضطراب عجز الانتباه مع النشاط الزائد ADHD/hyperactivity. وأشارت نتائجها إلي وجود نسب عالية من إدمان الكحول واضطراب الشخصية المضادة للمجتمع لدي والدي الأطفال زائدي النشاط (Cantwell, 1972; Morrison & Stewart, 1978. ولسوء الحظ،أظهرت دراسات التراث وجود زيادة في معدلات استخدام المواد وسوء استخدامها من قبل الأطفال الذين يعانون من اضطراب عجز الانتباه مع النشاط الزائد وكذلك من قبل والديهم ADHD ، والعلاقة الحقيقية بين هذا الاضطراب وسوء استخدام المواد لم توضح بعد.ولقد قام كل من ألترمان وتارتر . Alterman and Tarter 1986))، بمراجعة التراث الخاص بالنشاط الزائد hyperactivity كعامل

خطر لإدمان الكحول ،واستنتج من ذلك أن اضطراب السلوك يضع الأفــــراد تحت خطر إدمان الكحول أكثر من النشاط الزائد hy peractivity,. كمــا أن المساهمة الحادثة بين النشاط الزائد وإدمان الكحول إنما ترجع إلي النســـبة العالية من مصاحبة النشاط الزائد لاضطراب السلوك وبالطبع فـــإن الفحـــص الدقيق للتراث قد أوضح حقيقة هذه المساهمة ،ولقد قام كل مـــــن بــــاركلي ومعاونوه 1990 (Barklcy and associates) بتقسيم مجموعة الأفـــراد الذين يعانون من اضطراب عجز الانتباه مع النشـــاط الزائـــد ADHD إلي مجموعة مضطربي الانتباه مع النشاط الزائد واضطراب السلوك والأخرى تعـــاني من اضطراب عجز الانتباه مع النشاط الزائد ولكن بدون اضطراب الســــلوك .وبعد متابعة هذه المجموعات اتضح أن أفراد المجموعة التي تعاني من اضطـــراب الانتباه مع النشاط الزائد لم يكونوا أعلي في مستويات استخدام المــــواد مـــن مجموعة الأفراد الأسوياء الضابطة ، بينما زادت نسب اســــتخدام الكحـــول والسّجائر من اثنين إلي خمس مرات بين أفراد المجموعــــة الــــتي تعـــاني مـــن اضطراب عجز الانتباه مع النشاط الزائدADHD عــــن أفــــراد المجموعــــة الضابطة. وعلي نحو مشابه .كما في دراسات تأريخ الأسر ،فــــإن العـــدوان الطفولي ومقاومة الضبط الوالدي ربما يساهم في إحداث اضطراب الشـــخصية المضادة للوالدين وللمجتمع وإدمان الكحول أكثر من النشاط الزائد الأبــــوي with parental hyperactivity (Stewart, DeBlois, & Cummings. 1980). فـــالأولاد الذكـــور المضــــادين للمجتمــــع والعدوانيين، كان آباؤهم من مدمني الكحوليات ومضادين للمجتمع ،بينما

آباء الأفراد الذين يعانون من النشاط الزائد كانوا أقل في إظهار هذه الاضطرابات عند إجراء التشخيص.وهذه النتائج متسقة مع ما توصل إليه كل من تارتر (هيجيدوز وجافالير Tarter, Hegedus, and Cavaler 1985) الذين لاحظوا عدم وجود فروق في النشاط الزائد بين الأبناء المنحرفين مدمني الكحول والأبناء المنحرفين غير الكحوليين . وهكذا، اتضح من دراسات الأسر،أن النسبة الكبيرة لحدوث السلوك المضاد للمجتمع وإدمان الكحول تكون في أسر الأطفال الذين يعانون من اضطراب عجز الانتباه مع النشاط الزائد ADHD والذي يرتبط بصورة مبدئية بوجود اضطراب السلوك لدي هؤلاء الأطفال (August, Stewart, & Holmes, 1983)..كما أن العلاقة بين اضطراب السلوك ،واضطراب عجز الانتباه مع النشاط الزائد ADHD ،وسوء استخدام المواد النفسية ربما يشيران إلي أهمية التأثيرات المتبادلة interactional. كما أن تجمع اضطراب عجز الانتباه مع النشاط الزائد ADHD واضطراب السلوك يعد عامل خطر أكثر متانة لسوء استخدام المواد في المراحل التالية أكثر من مجرد وجود اضطراب السلوك بمفرده .ولقد وجد كل من (لاهلي وزملاؤه Lahey and colleagues (Lahey et al., 1988 نسبا أعلى من سوء استخدام الكحول والعقاقير بين والدين الأطفال الذين يعانون من اضطراب عجز الانتباه مع النشاط زائدADHD .أما والدي الأطفال الذين يعانون من اضطراب السلوك فقط كانوا أقل في نسب سوء استخدام الكحول والعقاقير من والدي مجموعة الأطفال الذين يعانون من اضطراب السلوك واضطراب

عجز الانتباه مع النشاط الزائد ADHD. بينما كان والدي أطفال المجموعتين السابقتين أعلى في نسب سوء استخدام المواد النفسية من والدي الأطفال الذين يعانون من اضطراب عجز الانتباه مع النشاط الزائد ADHD فقط. إنّ العلاقة المقترحة تكون بين شدة السلوك المنحرف والعدواني لدي الأطفال الذين يعانون من اضطراب عجز الانتباه مع النشاط الزائد ADHD ودرجة السّلوك المضاد للمجتمع وسوء استخدام المواد من قبل الوالدين ومن أعضاء الأسرة الآخرين .فالأطفال الذين يعانون من اضطراب عجز الانتباه مع النشاط الزائد ADHD بالإضافة إلي اضطراب السلوك يكون لدي والديهم نسب أعلي من الاضطرابات النفسية ،كما أنهم أنفسهم، يقعون تحت خطر تطوير سوء استخدام المواد أكثر من أقرانهم ذوي هذه التشخيصات بمفردها.

وفيما يتعلق بالدّور المحتمل لاضطراب عجز الانتباه مع النشاط الزائد ADHD في تنمية سوء استخدام المواد النفسية لدي الأطفال الذين يعانون من اضطراب السلوك ،هناك عدد من الآليات المحتملة والتي من الممكن إحداث .وبإضافة الاندفاعية ،نلاحظ أن الشباب الذين يعانون من اضطراب عجز الانتباه مع النشاط الزائد ADHD ربما يصدر عنهم اختيارات اجتماعية قاصرة في المواقف عن طريق كلا من السلوك واختيار الأقران ،وأيضا العجز في حل المشكلات . واستخدام المواد النفسية ربما يخدم نمط التطبيب ـــ الذّاتي الوظيفي self-medication function لدي الشباب الذين يعانون من هذا الاضطراب ADHD . وأخيرا فإن اضطراب عجز الانتباه مع النشاط الزائد ADHD ربما يعكس نمط توظيف الدّماغ مع

المستوي العالي من التدعيم الناتج عن قوة تأثير بعض المواد النفسية .وعلي الرغم من الاقتراح القائل بأن استخدام المنشطات، كعقار مبدئي لعلاج اضطراب عجز الانتباه مع النشاط الزائد ADHD لدي الأطفال.إلا أنها ربما تزيد من خطر سوء استخدام المواد في المراحل التالية ،وليس هناك دليل حالي يربط بين العلاج طويل المدي للأطفال الذين يعانون من الاضطراب السابق ذكره ADHD بالمنشطات والنسب العالية من سوء استخدام المواد النفسية (Barkley et al., 1 990; Weiss & Hechtman. 1986).

## اضطرابات المزاج Mood Disorders

اضطرابات المزاج أو الاضطرابات الانفعالية ربما تكون من أكثر المشكلات النفسية التي تم دراستها كمصاحبات لسوء استخدام المواد النفسية ،كما أن السيادة بدرجة كبيرة لاضطراب الاكتئاب والأعراض الاكتئابية بين مسيئي استخدام المواد من البالغين قد تم تأكيدها بدرجة كبيره .وبالنسبة لعلاج مسيئي استخدام المواد من البالغين.أظهرت الدراسات معدلات عالية من الأعراض الاكتئابية لدي الكحوليين (Weissman et al 1987,) وأيضا اضطرابات في المزاج أو اضطرابات انفعالية لدي عينة جماعة الكحوليين (Weissman & Meyer,1980) ، وهذا أيضا بالنسبة للأفراد المقيمين بالمستشفيات inpatient مسيئي استخدام العقار و كلا من الذين يتلقون علاجا خارجيا، والمقيمين inpatients لتلقي علاج من سوء استخدام الكوكايين (Rounsaville,Kosten ١٩٨٦)، Weissman

&,Kleber ،كما أن دراسة أعراض المزاج والاضطرابات لدي المراهقين أقـل شمولا ، فهناك عدد من الدراسات قد حددت الاكتئاب من قائمة أكـبر مـن الارتباطات النفسية الاجتماعية psychosocial والشخصية لاسـتخدام العقار أو عوامل الخطر المسببة لبداية واستمرار سوء استخدامه. وهناك عـدد من الدراسات التي أجريت علي مجموعات إكلينيكية متعددة مـن المراهقـين وأشارت نتائجها إلي وجود نسب عاليـة مـن مسـيئي اسـتخدام المـواد واضطرابات المزاج. ففي دراسة أجريت علي المراهقين لمعرفة تقييم الخطـر في غرفة الطوارئ بأحد المستشفيات العامة ،وأشـارت نتائجـها إلي ارتفـاع مستويات الكحول في الدم لدي معظم نصف المقيمين تقريبا ( ١٧ %مـن العينة الكلية ) كما أشارت النتائج أيضا إلي أن هؤلاء الأفراد كانوا يعـانون من أحد التشخيصات النفسية الإضافية على الأقل ،كما التشـخيص الأكـثر شيوعا بينهم يتمثل في الاكتئاب (.Reichler, Clement. & Dunner 1983). وعن طريق مقابلة ١٠٠ مراهق ممن يسيئوا استخدام المواد النفسـية في مركز الإرشاد للشـباب a drop-in counseling center for youth وجد أن ١٦% من هؤلاء الأفراد قد أظهروا أدلـة علـي وجـود الاكتئاب المضاعف ، double depression لدهـم ،وهـذا الاكتئـاب الرئيسي يكون متداخـل مـع اضطـراب dysthymia (Kashani, .(Keller, Solomon, Reid, & Mazzola, 1985 ، كما أجريـت دراسات أخرى علي فئات إكلينيكية وأشارت نتائجها إلي وجـود نسـب مئوية دالة من مسيئي استخدام المواد من المراهقين يعانون من اضطراب المـزاج

.و هذه النسب المئوية عادة ما تكون أعلي من ٥٠ %من العينـــة المدروســة (Bukstein, Glancy. & Kaminer, 1992; Stowell, 1991) ومن خلال دراسة أجريت علي عينة أكثر تمثيلا للمجتمع،أشارت نتائجـها إلي أن المراهقون الذين يتعاطون العقاقير التخليقية بدلا من القنّب الهندي أكـــثر اكتئابا من الأفراد الذين لا يتعاطون هذه العقاقـــير nonusers أو هـــؤلاء الذين يتعاطون القنّب الهندي فقـــط (.Paton, Kessler, & Kandel 1977) وداخل هذه العينة ،أتضح أنه علي الرغم من أن بدايــــة اســتخدام العقار المخلق تكون مرتبطة بزيادة المزاج الإكتئابي ، إلا أن الاســـتمرار في استخدام المواد التخليقية المتعددة ترتبط بالمزاج الإكتئـــابي المنخفــض .ومـــن خلال دراسة أجريت علي طلاب الكلية المبتدئين .وجد كـــل مـــن ديكـــين وزملاؤه (Deykin. Levy, & Wells, 1987) أن ســـــوء اســتخدام الكحول يرتبط بالاكتئاب الرّئيسي major depression فقط بينما يرتبط سوء استخدام العقاقير بالاكتئاب الرّئيسي بالإضافة إلي بعض التشـــخيصات الأخرى ، وفي دراسة أخرى أجريت علي المراهقين الذين يعالجون من تعـــاطي العقاقير والكحول المتبقي . لاحظ كل من ديكين ،وزملاؤه Deykin and colleagues (Deykin, Buka. & Zeena. 1992) وجـــود معـــدل عالي من الاكتئاب ( ٢٤,٧ %)، علي الرغم من وجود ٨,١% من أفـــراد العينة كانوا يعانون مــــن الاكتـــاب الأولي primary depression.. كما أن الإناث المراهقات ممن لديهن والديـــن يعـــانون مـــن الاضطرابـــات

النفسية psychopathology ولديهم تأريخ مـــن الإســاءة الجسـدية physical abuse كانوا أكثر احتمالا للإصابة بالاكتئاب الرئيسي.وخاصة الاكتئاب الأولي primary depression. . وكما هو موجود في الـــتراث الخاص بالبالغين ،فإن الإناث يكن أكثر احتمالا للإصابـة بالاكتئـاب الأولي ،وذلك في أعمار مبكرة من حياقمن ،أما الاكتئاب الثانوي فيتم التنبؤ بالإصابة به من خلال الفشل الدراسي، ووجود مشاكل متعلقة بتناول العقاقير لـــدي الأشقاء، أو مشاكل متعلقة بتعاطي الكحوليات بين أعضاء العائلة.ومن دراسة أجريت لمعرفة شدة وتكرار أعراض الاكتئاب لدي المراهقين وجد كـل مـن ريان وزملاؤه (Ryan . et al .1987) أن التعاطي المفرط للكحول يرتبط بالنمط الذهاني subtype. ومحاولة الانتحار المدبرة ، ومخـاوف التجنـب . ومشكلات واضطراب السلوك .كمـا أن اسـتخدام العقاقـير التخليقيـة الأخرى قد ارتبطت بنمط ذهان الاكتئاب وأيضـا بمشـكلات واضطـراب السلوك .كما أن وجود المصاحبات التشخيصية المتعددة غالبا ما تتمثـل في اضطراب السلوك والاكتئـاب ،وسـوء اسـتخدام المـواد (Bukstein, Glancy, & Kaminer, 1992; Stowell. 1991). ولقد وجد كـل من هوفـتز ،وكـانتويل ،وكيريـاكوس Hovens. Cantwell, and Kiriakos (1994)) أن مسيئي استخدام المواد من قبل المراهقين المحجوزيـن بالمستشفى لديهم معدلات عالية من التشخيصات المصاحبة بشـكل عـام. وبشكل خاص من اضطرابـات dysthymmia, والاكتئـاب الرئيسـي،

واضطراب الفوبيا الاجتماعية أكثر من المراهقين الذيــن لا يتعــاطون المــواد والذين يعانون من اضطراب السلوك أو اضطراب الانحراف.

**توضيح العلاقة بين اضطرابات المزاج وسوء استخدام المواد**

وهناك العديد من الآليات الممكنة للعلاقة بين سوء استخدام المواد وأعراض اضطــراب المزاج لدي المراهقين ،ويعتبر الكحول من المواد ذات التأثير الفارماكولوجي المــهدئ بصورة مبدئية ؛ إلا أن الاستخدام الحاد له ،غالبا ما يدرك بشكل أولي علي أنه منبــه وذو تأثير مبهج. وعلى أية حال فإن اضطراب euphoria يمكن أن تتغير إلي عــدم الاستقرار والهياج dysphoria ،كنتيجة لمستوي العقار في الــدم .(, Mayfield 1968 ). ومن المحتمل أن توجــد فــروق في إدراك الضغــوط أو المــزاج الهــائج dysphoric بعد تعاطي الكحول بكميات كبيرة وحادة أو بعد حدوث حالــة التسمّم الكحولي .وبصفة خاصة من قبل المراهقين المتعاطين الذين ليست لديــهم أي خبرة ،هذا الهياج dysphoria قد يؤدي إلى نتائج سيئة في صور من العنف نحــو الذات أو الآخرين.

وبعد تعاطي الكحول بصورة مزمنة ، تتطوّر مجموعة من أعراض اضطــراب المــزاج وترســخ بصورة عامة. هذه الأعراض الإكتئابية من المحتمل أن تعبر عن نفسها خــلال بضعــة أيــام أو أسابيع من الانقطاع عن التعاطي فقط (Sehuckit . 1986) .هذا علي الرغم من احتمــال وجود فروق دالة بين المجموعات الفرعية subgroup من المرضى في إظهار عدد من الأعــراض الوظيفيــة .dysfunctional حــتى بعــد فــترات طويلــة نسـبيا مــن الانقطــاع ( Behar . Winokur Berg , 1 984). كمــا أن التأثــيرات الفارماكولوجيــة harmacological effects ليست هي الآليــة الوحيــدة لإحــداث

الاكتئاب لدي مسيئي استخدام المواد .ولكن النمط السيئ أو الباثولوجي من استخدام المواد ربما يؤدي لعدد من النتائج الاجتماعية كالفشل في التحصيل الأكاديمي والمهني، وفقدان وعرقلة العلاقات البين شخصية interpersonal ،والصراعات الأسرية،والمشكلات الطبية. وبالتأكيد،فإن وجود مثل هذة المشكلات الاجتماعية المتعددة والضغوط stressors تساهم في ترسب أو إحداث المزاج المكتئب .

كما ان أعراض اضطراب المزاج قد تؤدي إلي مشاعر متناقضة طبقا لتنوع المواد المساء استخدامها .كما أن الكحوليين الذين يعانون من الاكتئاب قد أدمنوا الكحوليات في أعمار مبكرة ،كما أنهم يمضون بشكل أسرع نحو مشكلة الشرب أكثر من الكحوليين الذين لا يعانون من اضطرابات نفسية إضافية (Hesselbrock, Meyer, & Keener,1985) كما وجد كل من ماكميلان وزملاؤه (McLellan. Childress, & Woody, 1985) أن شدة الاضطراب النفسي المصاحب ،بصرف النظر عن التشخيص،يعد من أفضل المؤشرات المفردة للاستجابة للعلاج لدي مجموعة البالغين المقيمين بالمستشفي لنعلاج .وعلى أية حال فإن المجموعات الفرعية من مسيئي استخدام المواد يختلفون في النواحي الانفعالية عن المجموعات الفرعية الأخرى .ومن خلال الدراسات التتبعية لمدمني الكحول والأفيون من البالغين ،اتضح وجود الاضطرابات النفسية المصاحبة ،التي تشتمل علي الاكتئاب ، وضعف الناتج العلاجي للذكور الذين أدمنوا هذه المواد ،وهذا علي الرغم من تحسن حالة الإناث ممن أدمنّ الكحوليات ويعانين من الاكتئاب الذهاني أكثر الإناث

المدمنات اللاتي لا يعانين من الاكتئاب (,Rounsaville, Dolinsky
Babor, Kranzler, & Kadden, 1993).، كما أن تحسن المآل قد
لوحظ لدي مدمني الكحوليات الدين يعانون من اضطرابات المزاج الأولية
أكثر من هؤلاء المدمنين للكحوليات بشكل مبدئي (.Schuckit, 1985b
.(1986

وهناك عدد قليل من الدراسات التي قامت بفحص التاريخ الطبيعي أو استجابة المراهقين الذين يعانون من الاكتئاب المصاحب لسوء استخدام المواد النفسية . ولقد اقر كل من (هوفنز ،وكانتويل ،وكيرياكوس ,Hovens Cantwell, and Kiriakos, 1994) أن المراهقين المسيئون لاستخدام المواد النفسية والمحجوزين بالمستشفى للعلاج كانوا يعانون من الاضطرابات النفسية بشكل مسبق أو متزامن ؛ مع سوء استخدام هذه المواد فيما عدا الاكتئاب الذهاني .وعلى أية حال كان اضطراب القنوط أو اليأس dysthymia سابق لعملية سوء الاستخدام لدي معظم الحالات. هذا الاقتراح يفترض الضعف المسبق بالنسبة لاضطراب المزاج

ولقد وجد كل من (بوكستين ،وجلانسي وكامينير ,Bukstein Glancy, and Kaminer 1992) أن الفصل المبدئي — الثانوي the primary-secondary distinction لا يتم التنبؤ بكل الحالات الحادة من الأعراض الاكتئابية لدي العينات المرضية.وبعبارة أخرى، ربما لا تكون قضية أي منهما يوجد أولا الاكتئاب أم سوء استخدام المواد ذات أهمية في التنبؤ علي المبستوي القصير المدى بأعراض الاكتئاب لدي المراهقين .

لقد دعمت دراسات التراث السيكولوجي مبـــدأ الاضطـــراب في المـــزاج، وخاصة الاكتئاب، يكون عامل خطر لحدوث سوء استخدام المواد النفســـية .والاضطرابات النفسية كعامل خطر مباشر لتطور التدرج في اضطراب ســـوء استخدام المواد النفسية لدي الأفراد المراهقين ما هو إلا مظـــهر واحـــد مـــن مظاهر هذا الخطر.والمدخل الآخر لفحص خطر مصاحبات ســـوء اســـتخدام المواد والاضطرابات الانفعالية يتم عن طريق الدّراسات الوراثية لدي الأســـر .فوجود الاضطرابات النفسية في أسر المراهقين تؤدي إلي زيـــادة احتماليـــة وجود عامل الخطر الأسري أو الوراثي لحدوث اضطراب ســـوء الاســـتخدام للمواد النفسية .علي سبيل المثال، يوجد دليل علي أن أبناء الذين يعانون مـــن depressed probands يكون احتمال حدوث خطر اضطـــراب ســـوء استخدام المواد لديهم كبير (Schuckit, 1983; Winokur, 1979)..

ومن خلال الدراسات التي أجريت علي أسر البالغين ،اتضح أن الأســـر الـــتي يعاني أفرادها من أمراض الاكتئاب التفاعلي a reactive depression أو الطيف الاكتئابي depressive spectrum يظهرون زيادة في خطر إدمـــان الكحوليات والاضطرابات الانفعالية (Van Valkenburg, Winokur, .(Lowry, Behar, & Van Valkenburg, 1983

ومن خلال الدراسات التي أجريت علي الأسر التي يوجد بها أفراد يعانون مـــن الاضطرابات القطبية ،اتضح زيادة معدلات إدمان الكحوليات بين أفـــراد هذه الأسر Winokur,1974). &(Helier هذه الاكتشـــافات أدت إلي

اقتراح وجود الطيف الاكتئابي أو الحالات البينية أو مشاركة الضعف الوراثـــي في الأشكال المتعدّدة من الاضطرابات النفسية مع خطر التكوين الوراثـــي أو العائلي التّحتي كل ذلك يؤدي إلي ظهور الاضطرابات المختلفـــة المتمثلـــة في إدمان الكحوليات . أو الاضطرابات العاطفية، وغالبا ما تختلـــف بـــاختلاف الجنس.وعلى أية حال، لم يجد كل من وايزمان ومشـــاركوه We issman and coworkers (Weissman. Leckman, Mierikangas, Gammon, & Prusoff, 1984) زيادة في إدمان الكحوليـــات بـــين أقرباء المرضى الذين يعانون من الاكتئاب عند مقارنتهم بالمجموعات الضابطـــة ، هذا علي الرغم من وجود دراسات أخرى تدعم الاكتشاف القـــائل بـــأن الأفراد المدمنين للكحوليات بدرجة ثانوية ويعانون من الاضطراب العـــاطفي يكون عدد أقربائهم المدمنين للكحوليات أقل ولكن عدد أقربائـــهم الذيـــن يعانون من اضطراب الاكتئاب أكثر وذلك عند مقارنتهم بمدمـــني الكحـــول المبتدئين (Woodruff, Cuze, & Clayton. 1971). .ولقد قام كـــل مـــن ميركنجـــاس وزمـــلاؤه ( Merikangas and associates Mierikangas. Leckman, Prusoff. Pauls. & Wissman. I985a ) بتوضيح آخر وهو استقلال انتقـــال ســـوء تعـــاطي الكحـــول والاكتئاب بين البالغين وبين الأسر التي تم فحصها لمعرفـــة عوامـــل الخطـــر الأسرية علي المراهقين والأطفال،ولقد لاحظ كل من ميركينجاس وزمـــلاؤه Merikangas (Merikangas, Weissman, Prusoff, Pauls, & Leckman. l985b) زيادة خطر الاكتئاب بين أطفال مدمني الكحـــول من الدرجة الثانوية secondary alcoholics عندما قورنوا بأطفال

الإكتئابين فقط depression-only probanas.. وهناك العديد من الدراسات الأخرى التي أشارت نتائجها إلى عدم وجود العدوان المصاحب لتناول الكحوليات والإضطرابات الانفعالية داخل الأسر (Cloninger, Reich. & Wetzel. 1979. Grove et al., 1987. Schuckit. 1985a). كما أن البيانات الإضافية التي قام بتجميعها كل من (Merikangas. Prusoff. & Weissman, 1988) دعمت الفرض القائل بأن إدمان الخمور الأمومي maternal alcoholism يزيد من خطر انتقال الاكتئاب إلى النّسل وذلك بعد ما يزداد خطر القلق والاكتئاب الأمومي ،كما لاحظ كل من ميركينجاس وزملاؤه Merikangas أن إدمان الكحوليات الأمومي غالبا ما يصاحب بالاكتئاب و اضطراب القلق. كما أن إدمان الخمور الأمومي ربما يكوّن مؤشرا علي شدة الاضطراب العاطفي بدلا من انتقال عرض عدم القدرة علي مقاومة إدمان الكحول .وفي الدراسات التي أجريت علي الأسر التي يعاني أفرادها من الاضطرابات القطبية ، أشارت نتائج العديد من هذه الدراسات إلى عدم زيادة خطر إدمان الكحوليات بين أعضاء هذه الأسر عند مقارنتهم بأسر المجموعات الضابطة (Dunner. Hensel, & Fieve, 1979; Morrison, 1974). ولقد قام كل من ميركينجاس ومعاونوه Merikangas and associates (1985a) بالتعليق علي تكرار ملاحظة تجمع هذه الاضطرابات كنتيجة محتملة لتجمع عوامل الخطر الاجتماعي داخل الأسر والتي ترتبط بتطوّر الاكتئاب الذهاني .وإدمان الكحول ، والاضطرابات الأخرى. والتفسير

البديل لذلك هو أنّ الاكتئاب الأسري ربما يزيد من خطر المشكلات الاجتماعية أو السّلوكيات كاستخدام المواد .

السلوك الانتحاري Suicidal Behavior

أثبتت دراسات التراث التي أجريت علي البالغين وجود علاقة دالة بين تعاطي الكحوليات واستخدام المواد النفسية الأخرى وزيادة خطر الانتحار (Flavin, Franklin, & Francis, 1990) وبزيادة البحث في ظاهرة انتحار المراهقين تم التوصل إلي وجود علاقة مشابهة بين سوء استخدام هذه المواد والسلوك الانتحاري لديهم، والانتحار بشكله الحالي يعد السّبب الثّاني من الأسباب البارزة لحدوث الموت بين الشباب (Centers for Disease Control, 1985).

ومعدل الانتحار بين الأفراد في سن ١٥ إلى ١٩سنة قد زاد منذ عام ١٩٥٠.وتشير الأدلة المجمعة إلى أنّ الزّيادة في نسبة الانتحار بين المراهقين والبالغين الصغار ترتبط باستخدام وسوء استخدام المواد النفسية (Brent, Perper, & Allman, 1987; Rich, Young. & Fowler, 1986a). وهناك عدد من الدّراسات التي دعمت سوء استخدام المواد النفسية كعامل خطر لحدوث السّلوك الانتحاري، الذي يشتمل علي أفكار ideation, ومحاولة وإتمام الانتحار (Cruinley ١٩٩٠).ومن خلال الدراسة التي أجريت علي حوادث الانتحار الكاملة التي حدثت في مقاطعةAllegheny في ولاية بينسلفانيا.في الفترة الممتدة من عام ١٩٦٠إلى عام ١٩٨٣ وجد كل من برينت وزملاؤه Brent and

associates (1987) زيادة ملحوظة في نسب الانتحار بـــين الشّـــباب، وخاصة بين الذّكور البيض الذيـــن تـــتراوح أعمـــارهم مـــن ١٥ إلى ١٩ سنة. كما كانت نسبة الكحول القابل للكشف بين ضحايا الانتحار قد ارتفـــع من ٣,٦ إلى ٤٦ % في الفترة الممتدة من عام ١٩٧٨ إلى عام ١٩٨٣ . كمـــا أن نسبة ضحايا الانتحار الذين استعملوا أسلحة نارية كانوا ٤,٩ وكانوا قـــد تناولوا الكحول بدرجة أكبر ممن استعملوا طرقـــا أخـــري أقـــل خطـــورة للانتحار. كما أن الاستخدام الزائد للكحول وتوفر الأسلحة النارية يمكـــن أن يساهما بدرجة كبيرة في زيادة الانتحار بين المراهقين. كما أشارت الدراســـة التي أجريت علي حوادث الانتحـــار الكاملـــة في ســـان ديـــاغو San Diego. إلى أن ٥٣ % من ١٣٣ حالة انتحار كانوا في أعمار صغيرة ( أقـــل من ٤٠ سنة ) وكان التشخيص المبدئي لهم هو سوء استخدام المواد النفســـية (Rich, Young. & Fowler, 1986b). وستة وســـتون بالمائـــة مـــن حالات انتحار الصغار في نفس مجموعة الدّراسة كانوا من مسيئي اســـتخدام المواد النفسية. (Rich, et al., 1986 b). وأحد عشر بالمائة ممن أســـاءوا استخدام المواد النفسية قد انتحروا في سن قبل العشرين سنه من أعمـــارهم ، ولقد أشارت دراسات أخرى أجريت علي المراهقين الذيـــن انتحـــروا إلي وجود نسب مئوية دالة من الضّحايا كانوا من مسيئي استخدام المواد النفســـية . كما وجد كل من شـــافر ،وزمـــلاء (Shaffer, Garland, Gould. (Fischer & Trautman. 1988) ارتباط سوء استخدام المواد النفســـية ب٣٧ % من المنتحرين الذّكور ،٥٥% مـــن المنتحـــرات الإنـــاث .اثنتـــان

وعشرون بالمائة من الضّحايا كانوا مصممين على أن يكــون مــن مسـيئي استخدام المواد النفسية. كما أظهرت نتائج دراسات أخرى معدلات من سـوء استخدام المواد في حالات الانتحار المكتملة تراوحت من ٢٧,٦ % كمـا في دراسة بوتت(Poteet, 1987) إلى ٧٠ % كما في دراسة شافي وآخــرون (Shaffi, Carrigan, Whittinghill, & Derrick, 1985) ، ولقد تم دعم فرض زيادة خطر محاولات الانتحار الكاملة بين مسيئي استخدام المــواد النفسية من المراهقين من قبل كل من بينسون وهوليمبرج ( Benson and Holmberg, 1984) حيث قاموا بمتابعة مجموعتين من المراهقين لمــدة ١٠ سنوات ، وعند مقارنتهم بمجموعة أخري من الأفراد العاديين .أتضــح أن المراهقون الذين لديهم تأريخ مسبّق من سوء استخدام المواد النفسية كــان معدل الوفيات بينهم أكثر من المعدل الطبيعي حيث تراوح مــن اثنتــان إلى ثمانية ، كما كان نصف عدد الموتى من المنتحرين . وليس من الواضح مـا إذا كان استخدام أو سوء استخدام المواد النفسية أكثر شيوعا بــين المراهقــين المنتحرين ولقد وجد كل برينت وزمــلاؤه Brent and associates 1988)) أن تشخيص سوء استخدام المواد لم يكن مختلفا بدرجة دالة بــين مجموعات المراهقين الذين انتحروا ،في مقابل الذين حولوا أو فكروا وخططـوا للانتحار .وهناك عدد من الدّراسات أظهرت معدلات عاليــة مــن ســوء استخدام المواد النفسية بين المراهقين المنتحرين .كما أشارت الدراسات الــتي أجريت علي المراهقين القيمين بالمستشفى والذين حاولوا الانتحار قد أقــروا بنسب سوء استخدام المواد من ٢٣ % كما في دراسة ستافنسون ،وآخــرون

إلى ٥٠ % كم في دراسة كل من كروملي (Stevenson et al., 1972) وآخرون، (Crumley, 1979; Pfeffer, Plutchik, Mizruchi. & Lipkens, 1986). ومن خلال دراسة ٣٤٠ حالة من مسيئي استخدام المواد النفسية المراهقين المترددين علي العيادات الخارجية للعلاج ، محاولات انتحار كان هناك زيادة تقدر بثلاثة مرات لمحاولات الانتحار بين هؤلاء الأفراد عند مقارنتهم بمجموعة ضابطة مكافئة من الأسوياء (Schwartz & Berman, 1990). والمراهقين الذين حاولوا الانتحار والذين تم تشخيصهم علي أنهم من مسيئي استخدام المواد النفسية ربما يكونوا أكثر جدية أو جهدا في محاولاتهم للتخلص من الحياة (Brent et al., 1986; Pfeffer, Plutehik, & Mizruchi, ١٩٨٣). و سوء استخدام المواد النفسية من قبل المراهقين الذين يعانون من الاكتئاب يزيد كلا من خطر تعدد محاولات الانتحار وأهمية العناية الطّبية للمقدمين عليه من قبل هؤلاء الأفراد (Robbins & Alessi. 1985) كما أن سوء استخدام المواد النفسية ربما يميّز المحاولين والمفكرين في الانتحار (Kosky, Siburri. & Zubrik, 1990) وعلي الرغم من أن سوء استخدام المواد النفسية قد تم ميزه علي أنه عامل خطر للتفكير الانتحاري بين طلاب الجامعة (Levy & Deykin. 1989). إلا أن عامل الذكورة يكون هو السائد بين المنتحرين وبين مسيئي استخدام المواد النفسية من المراهقين وأيضا بين الذين قاموا بالمحاولات والتفكير الانتحاري (Kotila & Lonnggvist,1988; Levy & Deykin. 1989). ومن خلال محاولة الإجابة علي السؤال الذي يدور

حول لماذا يكون مسيئي استخدام المواد النفسية من المراهقين مستهدفين لخطر الإقدام علي السّلوك الانتحاري، و يمكن أن اختبار عدد من الآليات المحتملة، التي تشتمل علي التّأثيرات الحادة والمزمنة لاستخدام أو سوء استخدام المواد النفسية. فضحايا الانتحار من المراهقين يستخدمون الكحول أو العقاقير الأخرى بشكل متكرر في وقت القيام بالانتحار. (Brent, Perper. & Allman. 1987; Friedman. 1985). كما أن الاستخدام الحاد للمواد النفسية ربما يؤدي إلي حالة عابرة من الاكتئاب الحاد المصحوب بالقلق (dysphoric) ،وعدم الكف ،والعجز في الحكم. وارتفاع مستوي الاندفاعية .كما أن الاستخدام الحاد للكحول أو العقاقير الأخرى ربما يثير الاضطرابات النفسية السابقة. بما في ذلك الاكتئاب والقلق (Schuck,1986).كما أن المراهقون غالبا ما يكونوا أقل تحملا لحالات المزاج المتطرّفة ،كما أن حكمهم يكون محدودا وسلوكياتهم غير مضبوطة إذا ما قورنوا بالبالغين. إذن تكون التّأثيرات الحادة للمواد النفسية على السلوك ربما تكون بأكبر قدر ممكن وأكثر شدة على المراهقين. وفي الحقيقة، فإن العقاقير غالبا ما تكون هي الطّريق المؤدي للقيام بالسلوك الانتحاري(Garfinkel, Froese, & Hood, 1982)..والتأثيرات المزمنة لسوء استخدام المواد النفسية بما في ذلك التأثيرات الدوائية كأدوية الاكتئاب (Mayfield,1968) والserotonegic depletion (Ballanger, Goodwin, Major. & Brawn, 1979), أو التأثيرات الاجتماعية وما تشتمل علي اضطراب العلاقة مع الأقران ،وسوء العلاقات الأسرية .ويشعر

الشاب بضغوط حادة تشتمل علي الفقدان الاجتماعي أو انخفـــاض الأمـــن الذاتي وهذا يزيد من خطر الإقدام علي سلوك الانتحار. (Ho berman & Garfinkel, 1988) كما لوحظ في الدراسات التي أجريت علي الأفـــراد البالغين .فإن مدمني الكحوليات والذين يعانون من اليأس وفقدان العلاقـــات البين شخصية interpersonal منهم يكونوا أكثر عرضة لخطـــر الانتحـــار Beck, Weissman. & Kovacs, 1976; Murphy.) (Armstrong. Hermele. Fischer, & Clendenin, 1979. كمـــا أن العديد من مسيئي استخدام المواد النفسية من المراهقـــين تكـــون أســـرهم مضطربة وظيفيا dysfunctional ووالديهم يسيئون أيضا استخدام المـــواد النفسية (Kandel, 1974).،كما أن الضغط البيئي قد يضاف أيضا كعـــامل مساعد آخر لحدوث هذا السلوك .ولقـــد أقـــر رينســـون (Runeson 1990))، خلال تقرير له عن ٥٨ حالة انتحار متتالية قام بها مراهقين وبـــالغين صّغار، بأن تعرّض الوالدين لسوء استخدام المواد النفسية ، يؤدي إلي حـــدوث الطلاق المبكّر، كما أن محاولات الانتحار داخل أسر هؤلاء الأفـــراد كـــانت أكثر تكرارا حيث بلغت ٤٧ % من أفراد العينة التي تم تشخيصها علي أنهـــا تعاني من سوء استخدام المواد النفسية. كما أن ارتباط سوء استخدام المـــواد النفسية من قبل المراهق بالأشكال الأخـــرى مـــن الاضطرابـــات النفســـية psychopathology ربما يكون متغير وسيطا لكل من التأثيرات الحـــادة والمزمنة التي تم ملاحظتها علي أفراد هذه العينة قبل إقدامهم علـــي القيـــام بالسلوك الانتحاري.وسوء استخدام المواد النفسية من قبل المراهقين غالبا مـــا

يتزامن حدوثه مع حدوث عدد من الاضطرابات النفسية الأخـــرى بشـــكل واضح. بما في ذلك اضطرابات المزاج ،والقلق والسمنة العصبيـــة bulimia nervosa ،والفصام، واضطـــراب الســـلوك (Bukstein. Brent. & Kaminer, 1989; Greenbaum et al., 1991). كـــل هـــذه الاضطرابات تؤدي لمزيد من خطر القيام بالسّلوك الانتحاري بـــين المراهقـــين (Brent & Kolko, 1990) وأيضا مزيد من خطر سوء استخدام المـــواد النفسية ، وعلى أية حال فإن مصاحبات سوء إســـتخدام المـــواد النفســـية ،وبصفة خاصة اضطرابات المزاج مع بعض الاضطرابات الغير مزاجية الأخـــرى .بما في ذلك سوء استخدام المواد النفسية ، هو أحد الأســـباب المتنوعـــة الـــتي تؤدي لخطر القيام بالانتحار الكامل (Brent et al., 1988). ومن خـــلال دراسة المراهقين الذين شخصوا علي أنهم يسؤن استخدام المواد النفسية خـــلال فترة طويلة من حياتهم تم مقارنة ٢٣ ضحيّة انتحار بمجموعـــات ضابطـــة تم تشخيصهم أيضا علي أنهم من مسيئي استخدام المواد النفسية لفترة طويلة مـــن حياتهم Bukstein, et al, 1993).ولقد أشارت النتائج إلي أن ضحايـــا الانتحار كانوا أكثر في سوء الاستخدام للمواد النفسية من المجموعات الضابطـــة ،كما أنهم يعانون من الاكتئاب الذهاني .والتفكير الانتحاري المسابّق علـــي القيـــام بعملية الانتحار .كما أن تأريخهم الأسري حافل بحالات الاكتئاب وسوء اســـتخدام المواد النفســـية ، والمشـــكلات المتعلقـــة بـــالنواحي القانونيـــة، وتوفـــر أســـلحة لإطلاق الرصـــاص كالمسدســـات في المـــترل ،والاكتئـــاب وســـوء اســـتخدام المـــواد النفســـية الذيـــن غالبـــا مـــــا يظـــهران معـــا في عـــــدد

من الاضطرابات النّفسية الإضافية. واضطراب الحــد الفــاصل للشــخصية وبصفة خاصة عندما يصاحبه اضطراب المزاج، كل ذلك غالبا ما يــؤدي في معظم الأحيان إلى السّلوك الانتحاري، ويشمل ذلك بــالطبع علــيَ الإتمــام (Runeson,1990 ) أو المحاولات (Crumley, 1979; MeManus, Lerner, Robbins, & Barbour, 1984). وعلي نحو مشابه، تــزداد معدلات الانتحار بين المصابين باضطراب الفصام كما أن هــذا الاضطــراب غالبا ما يصاحب باضطراب المزاج ( Runeson,1990 ).

ومن خلال المناقشات السابقة يتضح لنا أن اضطراب السلوك غالبا ما يظــهر علي أنه أكثر من كونه مصاحبا لسوء استخدام المــواد النفســية. كمــا أن تشخيص اضطراب السلوك غالبا ما يلاحظ بين المراهقين الذيــن يقومــون بالسلوك الانتحــاري (Shaffer,1974,Shaffi et al.,1985). وعلــي الرغم من أن اضطراب السلوك يكون أيضا مصاحبا بشكل عام باضطرابــات المزاج(Ryan et al., 1987) . .إلا أن عديد كبير من المراهقــين الذيــن يسيئون استخدام المواد مع وجود اضطراب المزاج واضطراب يظهرون ميــلا للسلوك الانتحار بدون وجــود اضطــراب المــزاج (Apter, Bleich, Plutnik, Mendelsohn, & Tyano, 1998) والعــدوان والاندفاعيــة غالبا ما يكون كل منهما يكون شائعا في الاضطرابات السلوكية .ويحتمــل أن يكونا من العوامل المهمة لخطر السلوك الانتحاري بــين المراهقــين المســيئين لاستخدام المواد النفسية. . (Apter et al., 1988).

ودراسة الاندفاعية والعدوان كعامل خطر للانتحارية ربما يعكس أساليب حلّ المشكلات المعرفية cognitive, problem-solving styles أو يقع تحت علم وظائف الأعصاب أكثر من تشخيصها علي أنها عوامل خطر حقيقية منفصلة ( أنظر الجدول رقم ٥-٢ ).فالمراهقون ذوي السلوك العدواني المرتفع من نمط اضطراب السلوك واضطراب الانتباه مع النشاط الزائد ربما يكونوا أكثر انشغالا بسوء استخدام المواد النفسية من الشبّاب الذين يعانون من اضطراب الانتباه مع النشاط الزائد ADHD فقط ودون اضطراب السلوك والعدوانية (Milan et al.. 1991). كما أن الشباب الذين يظهرون نوبات من الانفجارات العدوانية ، يكونوا أكثر عرضة لخطر تكرار السلوك الانتحاري (Pfeffer, Newcorn, Kaplan, Mizruchi, &Plutchik, 1988)

جدول ٥-٢

المصاحبات الإبعادية

الخصائص السلوكية والانفعالية الشائعة بين مسيئي استخدام المواد النفسية من المراهقين

| | |
|---|---|
| الاندفاعية | Impulsivity |
| عدم الاتزان — عدم ثبات المزاج | Irritability/Mood Instability |
| العدوان | Aggression |
| الانتحارية | Suicidality |
| ضعف في مهارات حل المشكلات والتفاعلات الاجتماعية | Poor Social/Problem-Solving Skills |
| مشكلات التعلم وصعوباته | Learning Problems/Disabilities |
| العزلة | Alienation |

وعلي الرغم من أن البحث قد ربط بين حالات انخفاض المنشطات serotonergic يصرح بالسلوك الانتحاري والعدواني لدي البالغين الذين يسيئون استخدام المواد النفسية (Roy & Linnoila, 1986) وهذا ما قد ينطبق الآن علي المراهقين. ويعتبر كل من الاندفاعية Impulsivity والعدوان أكثر أهمية كالاكتئاب في حدوث السلوك الانتحاري والدليل علي ذلك أن المراهقين الذين يعانون من اضطراب السلوك تكون درجات علي السلوك الانتحاري أعلي من المراهقين الذين يعانون من الاكتئاب الذهاني (Apter et al., 1988).

وخلاصة القول فإن المراهقون المسيئون لاستخدام المواد النفسية يكونوا أكثر عرضة لمزيد من خطر السلوك المزيد الانتحاري علي المتصل الكمي من التفكير فيه إلي إتمامه. هذه الزيادة في الخطر يكون محكوما بكل من التأثيرات الحادة والمزمنة الناتجة عن سوء استخدام المواد النفسية. وبالإضافة إلي ذلك يكون خطر السلوك الانتحاري مصاحب باضطرابات نفسية أو خصائص شخصية مثل الاكتئاب والاندفاعية التي غالبا ما يمكن ملاحظتها بشكل عام وشائع بين كلا من المراهقين الانتحاريين أو مسيئي استخدام المواد النفسية .

**اضطراب القلق Anxiety Disorders**

لقد أشارت البيانات التي تم الحصول عليها من دراسة ECA إلي سيطرة اضطراب سوء استخدام المواد النفسية بين ٢٣,٧ % من الأفراد الذين تم

تشخيصهم علي أنهم يعانون من اضطراب القلق.وهذا يعكس زيادة الخطر بما يوازي ١,٧ من ما لدي الأفراد الذين لا يعانون من هذا الاضطراب .وعلى أية حال، توجد هناك نسبة تعادل ٣٥,٨ % من اضطراب الفزع panic disorder ، ونسبة من ٣٢,٨ % من اضطراب الوسواس القهري obsessive-compulsive disorder. وبالنسبة للأفراد الذين يعانون من اضطراب القلق.فإن خطر تشخيص اضطراب سوء استخدام أي عقار ( بدلا من الكحول ) لديهم يكون أعلى. وبالنسبة لهؤلاء الذين يتعاطون الكحول فيوجد اضطراب القلق لديهم بمعدل ١٩,٤ %، ونفس النسبة قد تم الحصول عليها بين المجموعة العامة من الأفراد ،أما بالنسبة للأفراد الذين يستخدمون أي عقار أخر ( بدلا من الكحول )،قد أقر ٢٨,٣ منهم بأنهم يعانون من اضطراب القلق، وهذا ما يمثل زيادة قدرها ٢,٥ لخطر اضطراب القلق.

ولقد أشارت عدد من الدراسات التي أجريت علي العينات المرضية من البالغين إلي وجود نسب عالية من اضطرابات القلق، بما في ذلك اضطرابات الخوف من الأماكن العامّة والمخاوف الأخرى بين مسيئي استخدام المواد النفسية ((Beitman, 1990 & ,Kushner, Sher. ومن خلال دراسات الأسر ،أتضح أن خطر اضطراب سوء استخدام المواد النفسية يزداد بين أقرباء الأفراد الذين يعانون من اضطراب الفزع أو الخوف من الأماكن العامّة (,.Leckman, Weissman, Merikangas, et al 1983; Weissman et al., 1984). ولقد لاحظ كل من ميريكنجاس

وزملاؤه Merikangas and associates (1985a) زيـــادة خطـــر اضطراب القلق بين أقرباء الأفراد المدمنون للكحوليات ،علي الرغم مـــن أن هذا قد تم عزوه بشكل محدّد إلى وجود إدمان الكحوليـــات بالإضافـــة إلي اضطراب القلق لدي الفرد.وبالنسبة للبالغين الصّغار الذيـــن يعـــانون مـــن اضطراب القلق،ويتراوح عمرهم ما بين ١٨ إلى ٣٠ سنة، ازداد خطر تطـور اضطراب سوء استخدام المواد النفسية بينهم بمعدل ١,٧ عن الأفراد الذيـن لا يعانون من هذه الاضطرابات (Christie et al., 1988). ومعظم من أقـ بمعاناتهم من اضطراب القلق أقروا بزيادة في سوء استخدام المواد النفسية.

ومن خلال أحد الدّراسات القليلة التي اهتمت بالكشف عن اضطراب القلـق لدي مسيئي استخدام المواد النفسية من المراهقين،وجد كـــل مـــن كـــلارك ويعقوب Clark and Jacob (1992) أن اضطرابات القلق هذه كـــانت شائعة بين مجموعة المراهقين الذين يعالجون من إدمان الكحوليات في أعمـــار مبكرة من حياتهم .وأن خمسون بالمائة من أفراد هذه العينة كانوا قد عـــانوا على الأقل مرة من اضطراب القلق خلال حياتهم بالإضافـــة إلي اضطـــراب المعاناة مـــن الضغـــوط القبليـــة post-traumatic stress disorder ،وتشخيص اضطراب القلق الأكثر شيوعا (٢٥ % من العينة الكلية ). حـــتى المراهقون الذين يسيئوا استخدام المواد النفسية بدون تشـــخيص اضطـــراب القلق لديهم كانوا يعانون من مستويات عالية من هـــذا الاضطـــراب عنـــد مقارنتهم بأفراد المجموعة الضابطة السوية. ويعد ذلك غير مفاجئا فـــالمراهقون الذين يعانون من سوء استخدام المواد النفســـية ، واضطـــراب الســـلوك ،

واضطراب القلق يكون لديهم أعراض إكتئابية وسلوك انتحاري بمعدل أعلي من المجموعات الضابطة السوية. علي الرغم من أن المجموعات التي تعاني من هذه المصاحبات لا تختلف على هذه المتغيّرات في المجموعات المشابهة ولكن بدون اضطراب القلق. فالمجموعة المصاحبة باضطراب القلق كانت أقل عجزا في سلوك سوء استخدام المواد النفسية. والمشكلات المدرسية، والعلاقات مع الأقران. وفي كافة المشاكل الكلية من المجموعة التي لا يصاحبها اضطراب القلق. وبمقارنة مدمني الكحول من الذكور الصّغار مع غير المدمنين. وجد (ريديليس Rydelius,1983 b) أن المتعاطين للكحول بدرجة مفرطة قد أقروا بأعراض القلق وصعوبات في العلاقات البين شخصية interpersonal بدرجة أكبر، وذلك يكون بسبب الخجل shyness، ومن خلال دراسة العينات الاكلينيكية من المراهقين التي يصاحبها اضطراب القلق وإدمان الكحوليات. وجد كل من كلارك ويعقوب Clark and Jacob (I992) نسبة جوهرية (٨٥%) من هؤلاء الأفراد كانوا يعانون من اضطراب القلق قبل إدمانهم للكحول. كما أن إمكانية ظهور الاضطرابات المصاحبة قد تتغير، اعتمادا على اضطراب القلق المحدّد. والخوف المرضي والخوف الاجتماعي من الأماكن العامّة عادة ما يسبقان إدمان الكحول بينما اضطراب الرعب واضطراب القلق المعمم غالبا ما تظهر في مرحلة تالية على إدمان الكحول (Kushner,Sher,Beitman 1990).

ومن الواضح أن التأثيرات الدوائية للكحول والمواد الأخرى قد تعتمد على حجم العلاقة بين استخدام وسوء استخدام المواد النفسية واضطراب القلق.

فعلي الرغم من أن الكحول.علي سبيل المثال، له خصائص القلق anxiolytic properties. المباشرة كما أن التوقع أو الاعتقاد بأن الكحول سوف يؤدي إلي خفّض القلق ربما يزيد من استخدامه ،وعلى الرغم من التأثيرات الحقيقية للكحول في خفّض القلق (Clark & Saeyette,1993). من خلال دعم عدد من النّظريات كنظرية خفض التوتر tension-reduction theory أو التطبيب الذاتي self-medication ، فإن الإصابة المبكرة باضطرابات المخاوف يؤدي إلي محاولات القيام بالتطبيب الذاتي، إلا أن الظهور التالي للفزع واضطراب القلق المعمم من المحتمل أن يكون نتيجة للاستهلاك المفرط أو يكون نتيجة لحالات الانسحاب (Kushner, Sher, & Beitman, 1990)، كما أن حقائق الاستخدام والاستمرار فيه من قبل المراهقين في الحالات المبكرة من استخدام الكحول ربما يحملان إشارات لإمكانية الدور المحتمل للقلق. الذي يقود في النهاية إلى اضطرابات القلق واحد وأربعون بالمائة من طلاب المدرسة الثانوية العالية في الولايات المتحدة الأمريكية قد أقروا باستخدام العقاقير لكي يهدءوا أو يزيلوا التوتر لديهم " ٦٤ % من مستخدمي البربتيوريتات ، barbiturate ،٦٩ % من مستخدمي المهدئات tranquilizer ، و٤٠ % و٤١ % ممن يتعاطون الكحوليات ومستخدمي القنب الهندي، على التوالي، قد ذكروا خفض التوتر كسبب لاستخدامهم لهذه المواد . (Johnston & O'Malley. 1986). كما هو الحال بالنسبة للبالغين ،يري كثير من المراهقين الكحوليات والمواد النفسية الأخرى

كميسرات اجتماعية ربما تسمح لهم بأن يكونوا أكثر اجتماعية في المواقف الاجتماعية التي تؤدي إلي حدوث القلق خلال مرحلة المراهقة. وبالنسبة لهؤلاء المراهقين الذين يعانون من أعراض القلق بشكل مرضي دال، فإن التوقعات للكحول مع خصائص أدوية القلق anxiolytic pharmacologic ربما تكون من المعززات الأخرى لاستخدام الكحول. وفي بعض الحالات، فإن تفاقم أعراض القلق نتيجة لاستخدام الكحول ربما يؤدي للإصابة بأعراض القلق إلى المستويات الإكلينيكية ولقد وجد كل من McKay, Murphy Maisto, and Rivinus (1992. أن المراهقين الذين يسئون استخدام الكحول مع الزيادة في حدة المشكلة يكونوا أكثر احتمالا للإقرار باعتقاد بأن الكحول يحسّن السلوك الاجتماعي لديهم من هؤلاء الذين يواجهون مشكلة أقل حدة.وهذه النتائج كانت متسقة مع تقرير كل من (كريستيانسن ،وسمث،وروهالنج، وجولد مان Roehling and Coldman ,Christiansen, Simith,l989 الذي توقع أنه كلما حسن الكحول من السلوك الاجتماعي كلما كان ذلك مؤشرا قويا علي شدة الشرب والمشاكل المرتبطة به.

## الفصام والأعراض الذهانية

العقار المؤدي للأعراض الذهانية لدي البالغين قد ارتبطت باستعمال المهلوسات hallucinogens والمنشطات.phencyclidine . والحشيش cannabis (Castellani, Petrie. & Ellinwood. 1985).

كما أن تطوير استخدام المنشطات يمكن أن يؤدي إلي اختلال الذهان

البارنويدي الكلاسيكي a classic paranoid psychosis ،وهذا التأثير الدوائي pharmacologic يكون متوازيا مع النمــوذج المعطــي المفيــد لاضطـــــراب الفصـــــام (Castellani. Petrie. & Ellinwood.1985). ونمط سلوك تعاطي العقار المحدد من قبل المصابون بمرض الفصام ربما يعطي دلالات تستند علي آليات عصبية مرضية لتطويـــر واستمرار هذا الاضطراب .كما أن أعراض الانسحاب الكحولي الحادة مـــن الهلاوس والهذيان الكحولي tremens تظهر في صورة الهلاوس والهيــاج التي نراها في حالة الذهان، وعلي الرغم من أن هذه الأعـــراض الإنســحابية غالبا ما يمكن ملاحظتها بين مدمني الكحول بدرجة مزمنة، إلا إنــه لم يتــم التأكد بعد من كمية ونمط الكحول المتعـــاطي بدرجـــة كافيـــة لإحـــداث الأعراض الفسيولوجية بين المراهقين أو كيف تحدث حالة الانسحاب لديـهم، والاعتماد الفسيولوجي الفعلي أو أعراض الانسحاب الحادة بين المراهقـــين تبدو نادرة، وذلك من خلال ما لاحظه كـــل مـــن فينجلـــيز ،وسمـــارت (Vingelis and Smart 1981)..

## اضطرابات الأكل Eating Disorders

اضطرابات الأكل هي مجموعة أخرى من الاضطرابات النفسية ،وعـــادة مـــا تربط بسوء استخدام المواد النفسية .ولقد أشارت عدد من الدراســـات إلى الزيادة الحادثة من سوء استخدام المواد النفسية بين المرضي بالشره للطعـــام bulimic وهذا ما يتعارض مع أولئك الذين يعانون من فقـــدان الشـــهية العصبي restrictive anorexia nervosa للطعام(Bulik, Sullivan,

Eckert, , Epstein, Weltzin, & Kaye, 1992; Hatsukami Mitchell, & Pyle, 1984).. وهناك عدد من الدراسات الـتي أقـرت بنسب عالية من سوء استخدام المواد النفسية بين أقرباء الأفراد الذين يعـانون من مرض الشره للطعام من الإناث (Bulik, 1987; Hudson, Pope, Jonas, Yurgelun, Todd, & Frankenburg. 1987; Kassett, Gershon, & Maxwell, 1989). ولقد اقترح كل من كاي وزمـلاؤه Kaye and associates (Kayc, Gwertsman, Weiss, & Jimerson, 1986) بأن هذه التقارير التي تشير إلي انخفاض التوتر والقلـق بعد حفلات الشرب والسمر binging وأيضا التقارير التي تشير إلي المـزاج " الطائش giddy والمترنح silly أو المسَمّم intoxicated إلي حد مـا " على أنه إنهاء لهذه الحفلات ومقارنة التقيؤ بسوء استخدام المـواد النفسـية كتحمل يمكن أن يطور إلى تخفيض التوتر أو التأثيرات المسـممة. ومـن ثم يستمر سلوك الشره للطعام Bulimic للاحتفاظ بالحالة العاطفية المضـادة منخفضة بدلا من أن تصبح عالية.والتعلق الزائد باستخدام وسوء اسـتخدام المواد النفسية من قبل النمط الشره bulimic subtype المقترحة تشـترك في هذه الخصائص.والمصاحبات الملاحظة لاضطرابات الأكل والاضطرابـات الانفعالية قد تفسر كثير من اضطرابات الأكل وسوء استخدام المواد

والخيار الآخر هو أن الشره bulimia وحده أو مع مصاحبـات الإدمـان الأخرى ، قد يمثل التعبير المتناوب لمشاركة العجز أو التهيؤ الوراثـي.ولقـد اقترح بيوليك ( Bulik (1987 بأن التعبير عن هذا العجز قد يتم تشـكيله بواسطة العوامل البيولوجية للفرد والعوامل البيئية الاجتماعية كالقيود الثقافيـة

التي تفرض على تعاطي الإناث للكحول واستخدام العقار .وفي دراسة أخـــري وجد كل من بيوليك وزمــلاؤه Bulik and colleagues ( Bulik, Sullivan, McKee, Weltien. & Kave. 1994) أن النســـاء الشرهات bulimic women اللائى يتعاطين الكحول يختلفن عن مثيلاتهـن ممن لا يدمن الكحول وذلك في أمزجة البحـــث عـــن الجديـــد -no velty seeking temperaments والبحث عن الإثارة العالية المرتبطة بالجدية هي خاصية ضمنية لأنماط فرعية محددة من الكحوليين .

## مصاحبات وتطور سوء استخدام المواد في المراهقة

هناك دعم مستمر ومتزايد للاضطرابات النفسية المحددة التي تؤثر على خطـــر، وبداية .وتقدم اضطراب سوء استخدام المواد النفسية بين المراهقـــين. هـــذه العلاقة ربما تكون غير محددة أيضا في مفاهيم مـــن الاضطرابـــات النفســـية psychopathology بالإضافة إلى الضغـــوط الاجتماعيـــة الأخـــرى أو عوامل خطر سوء استخدام المواد .والعلاقة بين سوء استخدام المـــواد وعلـــم الأمراض ليست بسيطة.حيث أن مفهوم " التشـــخيص الثنـــائي " dual" diagnosis الذي يستخدم بشكل عـــام لوصـــف مصاحبـــات الحـــالات الإكلينيكية يكون خطأ إلى حد ما لتسمية المراهقـــين ويكـــون شـــائعا في "التشخيصات المتعددة " Multiple diagnosed مع تنـــوع كـــلا مـــن الاضطرابات النفسية الداخلية والخارجية بالإضافة إلى سوء اســـتخدام المـــواد النفسية .وعلي الرغم من تلقي المراهقين الذين يسيئون استخدام المواد النفســـية

العديد من التشخيصات المنفصلة ،إلا أنهم يظهرون مستويات أعلى من الأعراض النّفسية التي تشتمل على الأعراض المزاجية وأعراض القلق(Bukstein, Brent, & Kaminer,I989). على سبيل المثال، نلاحظ مراهقين يعانون من اضطراب السلوك وسوء استخدام المواد وبشكل عام يؤثر ذلك على انتظام مشكلات تعبر عن نفسها في عدم الاستقرار labile ،وعدم الاتزان irritable وحالات التفاعلات المزاجية الحادة reactive mood states.ولقد قام كل من تارتير وألترمان ،وإدواردز (Tarter, Alterman, and Edwards (1985. بمراجعة الخصائص النفسية والبيولوجية المرتبطة بالضعف إلى إدمان الكحوليات واقترحوا بأن ذلك الضّعف يمكن وضعه في مفاهيم تجريبية من السمات المزاجية مثل قوة وسرعة الاستجابة ،ونوعية المزاج السّائد، ودرجة استقرار المزاج السائد liability.وتوضيح السمات المزاجية قد تكون مفيدة لتحديد الخصائص التي تميز الأفراد الكحوليين أو أولئك المستهدفين لخطر إدمان الكحوليات عن طريق هذه السمات من الأفراد الذين ليس لديهم هذه السمات.والسمات المزاجية ربما تكون قاعدة تهيؤ diathesis عامة لإدمان الكحوليات والشّخصية المضادة للمجتمع و/ أو الاضطرابات النفسية الأخرى.ومن ناحية أخري مشابهة ،و اقترح كولنجير Cloninger !1987) بأن المجموعات الإكلينيكية الفرعية تختلف في أنماط سوء استخدام المواد النفسية ، وفي سمات الشخصية ،والخصائص العصبية الفسيولوجية neurophysiological ،والمورات الناتجة عن قواعد الاستجابة المتنوعة أو آليات التكيف العصبي

الجيني neurogenetic التي تعالج توافق الفرد مع الخبرات، ويشتمل ذلك علي الاستجابة لاستخدام المواد النفسية .

ويعكس نمط كولنجير ۲،۱ Cloninger's Type I and Type II المصاحبات المتنوعة لآليات التكيف هذه الناتجة عن سلوك البحث عن المواد النفسية والاعتماد في مراحل تالية بعد التعرض المبكر أو المبدئي لها ،والخصائص الإبعادية للمراهقين التي تشتمل علي العدوان وعدم الكف السلوكي، ربما تكون أكثر أهمية من التشخيصات التصنيفية المصاحبة للمجموعات الفرعية من المراهقين المسيئون لاستخدام المواد النفسية طبقا لتاريخهم الطبيعي، ومآلهم ، واستجابتهم للعلاج.ومن خلال التحليل العنقودي وجد كل من ميزش وزملاؤه Meizich and associates 1993)) أن سوء استخدام الكحول من قبل المراهقين قد شكل مجموعتان . وكان غالبية المراهقين من المجموعات الإكلينيكية قد تميّزت بعدم الكف السلوكي ونوبات اهتياج hypophoria. بينما تميزت المجموعة الأخرى مبدئيا بالمشاعر السلبية ،كما أن أفراد المجموعة الأولى قد تميزوا بالتعلق بسوء استخدام المواد النفسية في أعمار مبكرة من حياتهم بدرجة أكبر ، وبدرجة أشد حدة من الاضطرابات النفسية والاضطراب السلوكي .

واستخدام المواد النفسية كعلاج ذاتي self-medication من الأعراض النفسية المتواجدة قد تستمر لكي تصبح فرضا يستحق الكشف عنه أو التحقق منه في العيادة وفي المعمل .ومن خلال قاعدة التحليل النفسي psychodynamic والاكتشافات الإكلينيكية الأخرى اقترح خانتزيان

Khantzian (1985) أن التأثيرات psychotropic المحـــددة للعقاقــير التخليقية ،وبصفة خاصة الكوكايين والهيروين، تتفاعل مـــع الاضطرابــات النفسية و"حالات المشاعر المؤلمة " وتهيئ لحدوث اضطراب الإدمان .كمــا أن عملية اختيار عقار ما للإدمان عليه تكون نتيجة للتفاعل بـــين الخصــائص النفسية الدوائية psychopharmacologic للعقار وحالــة الأحاســيس الأولي التي يشعر بها المدمن.وعلــى أيــة حــال،كمــا لاحــظ خانتزيــان Khantzian من أعمال الآخرين وما جاء في التراث استشهد علي الفشــل في التمييز بين الاضطرابات النفسية التي تؤدي إلي اضطراب الإدمان ،وبــين المواد النفسية التي تؤدي إلي حدوث الاضطرابات النفسية .وهناك عدد مــن المصادر التي تدعم نظرية استخدام الكحول والعقاقير الأخــرى مــن قبــل المراهقين كاستجابة للضغوط والحالات العاطفية السّلبية.حيث وجد كــاندل Kandel ( 1987) أن الضغوط النفسية تنبئ باستخدام العقاقير الصّعبــة أو التخليقية بدلا من القنّب الهندي. كما لاحظ كل مـــن ماكـــاي وزمـــلاؤه McKay and colleagues (1992) أنّ المراهقين الذين يسيئون استخدام الكحول مع الزيادة في شدة المشكلة قد أقروا بميول ونزعـــة أكـــبر لتعـــاطي الكحول كاستجابة للانفعالات غير السارة.

ومن الملاحظ أن تعاطي الكحول والتبغ، وأيضا استخدام المـــواد التخليقيـــة ،تكون في أعلي مستوياها بين مجموعة الأفراد الذين تتراوح أعمـــارهم مـــن سن ١٨ إلى ٣٤ سنة ، بينما تصل معدلات التطبيب المنشـــطة الموصوفـــة لأعلى قيمة لها بعد سن ٢٦ سنة وهذا يؤدي إلي الاقتراح بأن كـــل أنمـــاط

الاستخدام تتشابه مع الوظائف الاجتماعية والنفسية. ومن مراجعة الدراســات الطولية التي أجريت علي طلاب المدارس الثانوية وطلاب الكليات أقر كــاندل Kandel (1978) ، بوجود اعتقاد بأن كثــير مــن الأعــراض النفســية والسلوكية قد تكون تابعة لاستخدام العقار وهذا ما يسبق في الحقيقة ســوء استخدام المواد النفسية، ولقد اقترح دلسافر (1987) Dilsaver بأن أنظمة التوصيل العصبي الأمينية aminergic والكولاجينيه cholinergic قد تؤثر على المزاج وعلى الحالة الانفعالية والنفسية للفــرد psychomotor والتفاعلات الشاذة لهذه الأنظمة. وأيضا الحساسية الشديدة جــدا super' sensitivity كما أن أنظمة cholingeric muscarinic ، تشكل قاعدة الاضطرابات الفسيولوجية والعاطفية. وكل من ســوء اســتخدام العقاقــير والوصفات العلاجية للاضطرابات العاطفية لها تأثــيرات عصبيــة كيميائيــة neurochemical شائعة أي من المفترض أنهــا تعــالج الشــذوذ. إلا أن التطبيب الذاتي Self-medication من الأعراض النفسية ربما يكون القاســم المشترك في توضيح العلاقة بين الاضطرابات النفسية المتعددة التي تتواجد مــع الاستخدام الباثولوجي للمواد النفسية .

ولقد عرف البــاحثون الضغــوط النفســية psychological distress كعوامل مساهمة أو تفسيرات لمعاودة العينات المدمنة للكحول والأفيون علــي التعــاطي (Bradley. Phillips Green, & Gossop, 1989; Ludwig, 1989). وبالاتساق مع نموذج الاشتراط الكلاســيكي فــإن الحالات الانفعالية السلبية (علي سبيل المثال، الاكتئاب أو الغضب ) تكــون

قادرة بشكل مباشر علي إحداث اللهفة أو احتمال المعاودة المتهورة (Childress,McLellan, & O'Brien, 1992). وربما يكون لدي مسيئي استخدام المواد النفسية ميكانيزمات تشجيع دماغيه شاذة brain-reward mechanisms وقد يؤدي ذلك لوجود صعوبة أو عدم إمكانية للشعور بالتشجيع أو السرور من الحياة اليومية الطّبيعية،وهذا يجعلهم يعتمدون على التأثيرات المنشطة للمواد لتنشيط مراكز تشجيع الدماغ brain-reward centers . (Gawin & Kieber, 1984).

## الانطباعات الإكلينيكية للمصاحبات Clinical Implications of Coniorbidity

من الأمور الحرجة أن الإكلينيكيين clinicians يعترفون بأهمية الاضطرابات النفسية المصاحبة في تقييم وعلاج المراهقين الذين يعانون من اضطراب سوء استخدام المواد النفسية .فخلال الأوضاع الإكلينيكية .يوجد هناك مزيد من الخطر الجوهري لمواجهة المشكلات الموجودة .ومن خلال المناقشات التي تمت في الفصل السادس وخلال الفصل التاسع فإن مصاحبات الاضطرابات النفسية ،ومكوناتها،وأيضا الدخول للعلاج والاستجابة له سوف يؤثر على الأعراض والسّلوكيات الصادرة من قبل المراهق،

وتعريف الأنماط الفرعية الأخرى التي تصاحب عوامل الخطر،والتحديد الأكثر دقة للعينات المستهدفة للخطر قد يكون مفيدا في عملية الوقاية ،والعلاج،والمتابعة.كما أن جهود الوقاية أو التدخل المبكر قد يمنع ليس فقط حدوث أو انتشار اضطراب سوء استخدام المواد النفسية أو الاضطرابات

النفسية، لكن أيضا المصاحبات التي قد تحدث والتي غالبا ما ترتبط بضعف الاستجابة للعلاج وتؤثر علي نتائجه. وطبقا للانطباعات عن التشخيصات الإضافية نحو علاج وتشخيص وتقييم المراهقين سوف يكون أكثر شمولا، سواء بالنسبة للمشكلة الأساسية التي تم تحديدها أو سوء استخدام المواد أو الاضطرابات النفسية الأخرى. كما أن بذل مزيد من الجهد يجب أن يكون من خلال الحصول على التاريخ الأسري وتدوين الأحداث لبداية العرض. ويلي مثل هذا التقييم الكامل والمميز للأفراد في مجموعات فرعية subgroups, وكل مجموعة فرعية سوف تستفيد من البرامج الفردية المحددة، أو من التدخلات المتنوعة ؛ علي سبيل المثال مضادات الاكتئاب الثلاثية tricyclic anti-depressants لهؤلاء اللذين يسيئون استخدام الكحول ويعانون من الأعراض الاكتئابية كاضطراب ثانوي. ولكي نتأكد من تغطية الملائمة للمجموعات الفرعية يجب الاستمرار في تقييم أعراض المريض، وسلوكه، واستجابته للعلاج.

كما أن تحسين طرق العلاج يجب أن تمتد للاضطرابات النفسية لدي المراهقين، حيث أن هذه التحسينات يمكن لها أن تعدل بقدر الإمكان من مجموعة المصاحبات لدي المراهقين. ومناقشة أهمية المصاحبات في عملية التقييم، والعلاج، والوقاية سوف يتم التعرض لها في الفصول ٨, ٧, ١٠

## الخلاصة

إن تكرار مصاحبات سوء استخدام المواد النفسية والاضطرابات النفسية الأخرى بين المراهقين يعد حقيقة حرجة يجب أن يكون لها انطباعات مهمة من أجل وقاية وتقييم وعلاج المراهقين. كما أن المعرفة بالأنماط المصاحبة المقدمة سوف تساعد الإكلينيكيين والباحثين علي تطوير تدخلات أكثر فعّالية وأيضا في فهم أسباب **etiology** ومكونات الاضطرابات المصاحبة

# الفصل السادس

# التقييم

# *Assessment*

# الفصل السادس

## التقييم *Assessment*

التقييم هو حجر الزاوية في العمل الإكلينيكي، حيث أنه يمدنا فقط بتعريف الحالة أو المشكلة التي تحتاج علاج، ولكنه يمدنا أيضا بقياس شدة ومدى المشكلات المرتبطة بسوء استخدام المراهق للمواد

ومن ثم فإن أثر التدخلات العلاجية ربما يتم تقيمها فيما بعد، وبالنسبة للمراهقين الذين يسيئون استخدام المواد، يصبح التقييم في أبسط مستوياته علي النحو التالي : هل يستخدم المراهق الكحول أو العقاقير التخليقية الأخرى ؟ ما هو الأثر الذي يحدثه هذا الاستخدام علي وظائف المراهق أو المراهقة، وعلي بيئته ؟ ويصبح التقييم في أشد مستويات تعقيده من خلال الاستعانة بالأدوات المستخدمة ، والأبحاث المنهجية التي تزودنا بمعلومات كمية ونوعية لقياس المتغيرات المتنوعة التي تتعلق باستخدام المواد، ونتائج هذا الاستخدام، ومقدماته، وما يرتبط به من سلوكيات من قبل المراهقين. وخلال هذا الفصل، سنبدأ بالأخذ في الاعتبار مسح استخدام وسوء استخدام المواد خلال مرحلة المراهقة، ثم تتقدم خلال مراجعة العناصر العملية لمقابلة المراهقين، والطرق والمصادر أخرى التي تم جمعها من المعلومات الإكلينيكية، وما المجالات التي يجب تقييمها، وأخيراً الأدوات المستخدمة في التقييم.

### الفحص SCREENING

عادة ما يشير الفحص إلى التقييم الأولي، والمختصر للأفراد أو المجموعات لتحديد إمكانية وجود أو عدم وجود مشكلة معينة، ومن ثم عند التعرف على الأفراد لا بد من تقييمهم بصورة شاملة، ومفصلة بدرجة أكبر، وكما هو واضح بالفصل الثالث من هذا الكتاب والذي تناول مناقشة الدراسات الوبائية، وأنماط استخدام المواد في مرحلة المراهقة، قد يتوقع المرء وجود أعداد دالة من المراهقين الذين يقرون على الأقل بالاستخدام العرضي للمواد، إلا أن الغالبية العظمي من المراهقين قد يقرون ببعض المعلومات عن التعرض للكحول، كما تشكل المعلومات عن كمية وتكرار صعوبة أيضاً، والاعتقاد بأن البيانات التي تدور حول الاستخدام التي قد تفيد في تمييز عينة كبيرة من المراهقين ممن يتم تعرضهم للتقييم الأكثر شمولية أمراً غير واقعياً، وللحصول علي تعريف مفيد لسوء استخدام المواد يجب أن يشتمل الفحص الاستفسار عن الاضطرابات الوظيفية أو الضغوط المرتبطة بمستويات استخدام المواد.

وبدون الدراسات الوبائية أو المشاريع البحثية الأخرى يجب توجيه الفحص إلي عينة المراهقين المستهدفين للخطر، وعلي الرغم من أن طبيب العناية المبدئية أو أي أخصائي آخر يعمل في مجال الرعاية الصحية يستفسر باختصار عن استخدام المواد وما يرتبط به من مشكلات خلال الزيارة العادية، إلا أنه توجد قيود زمنية قد تضيق حدود كل من محتوي الاستفسار وثبات استجابة المراهق، وبصفة خاصة عندما لا توجد أي معلومات أخري، أو عدم توفر

معلومات إضافية، كما يجب علي أعضاء هيئة التدريس بالمدرســـة وخاصـــة المرشدون أو الموظفين الإداريين القدماء، الأخصائيين الإكلينيكيـــين في مجـــال الصحة العامة، والأعضاء العاملين في النواحي الاجتماعية أن يحيطـــون علمـــاً بأسئلة الفحص والإجراءات المتعلقة باستخدام وسوء استخدام المواد النفســـية، كما يجب أن يكون هناك سبب لفحص المراهق فردياً أو جزئياً ما لم تظـــهر علي المراهقين علامات تميزهم علي أنهم يقعون تحت خطر شـــديد، وتعتمـــد طريقة الفحص بشكل كبير على وضع الفحص والغرض منه، بشكل عام فـــإن الجلسات الإكلينيكية، والأسئلة المتعددة التي تطرح خلال المقابلة الإكلينيكيـــة هي الطريقة الأكثر شيوعا، ومن ثم يجب أن تحتوي هذه الأسئلة علي أنـــواع المواد المستخدمة ، وكميتها، وتكرار استخدامها، وأيضا الفحص العام للنتـــائج السلبية الناتجة عن استخدامها، كما أن استخدام أدوات الفحـــص النوعيـــة أصبحت من الطرق الأكثر شيوعاً، وسوف يتم عـــرض أدوات الفحـــص في مكان تالي من هذا الفصل.

**هل تقارير المراهقين الذاتية ثابتة وصادقـــة ؟-Are Adolescent Self Reports Valid and Reliable?**

يجب علي الإكلينيكي الفطن أن يسأل نفسه دائما عن ما إذا كان أي تقريـــر ذاتي يدور حول استخدام المواد أو السلوك منحرف أو مضاد للمجتمع يكـــون صادقاً أو لا ، ولقد أوضح التراث الخاص بالبالغين بضـــرورة دعـــم صـــدق وثبات التقارير الذاتية لمدمني الكحوليات ومسيئي استخدام العقاقير (ســـوبيل وسوبيلSobell & Sobell, 1990). وهناك نقـــص إلى حـــد كبـــير في

المعلومات التي تدور حول مدي صلاحية التقارير الذاتية للمراهقين . وخلال الدراسات المسحية عن استخدام للمواد بالنسبة لمجموعات المراهقين الغير مرضية، لا يوجد هناك صدق موضوعي لبيانات التقارير الذاتية (جونستون، باتشمان وأو مالي، Johnston, Bachman, & O'Malley, 1985)، وعلي الرغم من أن الباحثون يشيرون إلى صدق المحتوي كدليل علي صدق هذه التقارير، فانخفاض معدلات عدم الاستجابة ، ومعدلات الكبيرة من الاستجابة التشكيلية، والاتساق في النتائج عبر ما يزيد علي العقد بالنسبة للمسح كل ذلك يعد دليلاً علي الصدق، ولقد وجد وينترز ومعاونوه Winters and associates (1991) أن الغالبية العظمي المترددين علي عيادة العلاج من استخدام العقاقير والمراهقين بالمدرسة قد أعطوا تقارير عن استخدام المواد متسقة إلي حد ما مع عينة صغيره فقط ممن لديهم ميول للتحيز مع الاستجابة المتطرفة، وعلي الرغم من أن التقارير الذاتية قد تبدو ثابتة لدي بعض العينات ( بناري، راهاف وتيتشمان، Barnea, Rahav, & Teichman, 1987)، إلا أن عينات نوعية، وبصفة خاصة عينات الشباب المضادين للمجتمع بدرجة متطرفة، لديهم استجابات عالية من التزييف بصورة جيدة ، وبدرجة كبيرة " مقارنة بعينات عيادات العلاج من العقار drug clinic samples (وينترز، Winters, 1990).

استخدام المواد من قبل المراهقين عادة ما يكون سلوك غير ظاهر، وغير واضح للوالدين أو لأي شكل آخر من أشكال السلطة ، وتتراوح معلومات الإكلينيكي عن المراهق المتعلق بالكحول أو أي عقار من العقاقير الأخرى من عدم وجود معلومات أو الاشتباه الذي لا أساس له إلى الوعي بوجود مستويات دالة من استخدام وسوء استخدام المواد، وهذه المعلومات تم تشكيلها بناء على معلومات من المراهق ذاته، ومعلومات الآخرين عنه، وعلى أية حال،أي مراهق يأتي ومعه مشكلة، معينة كالاضطرابات الوظيفية النفسية الاجتماعية أو حالة الخطر الزائد،فيجب على الإكلينيكي تناول هذه الحالات بمستوي معين من الشك في سوء استخدام المواد بغض النظر عن الشكوى الأساسية أو طبيعة المشكلة التي أتى من أجلها المراهق. وذلك بسبب عدم وضوح، وغالبا الطبيعة الشاذة لاستخدام المواد من قبل المراهق، ونادراً ما يأتي المراهقين بأنفسهم للتقييم والعلاج، وذلك باستثناء الحالات الطبية الطارئة ، وندرة ما يظهر من أعراض التسمم علي المراهقين أو ارتفاعها عند التقييم، ومن ثم يجب علي الإكلينيكي أن يعتمد على التقارير الذاتية للمراهق حول استخدامه للمواد وما يرتبط من سلوكيات، وتقارير الآخرين عنه، وأن يكون لديه القدرة علي تركيب المعلومات التي تدور حول أسلوب الحياة، والسلوكيات، واتساق الاتجاهات مع سوء استخدام المواد.

ومع الشك المفترض بشكل ملائم من قبل الإكلينيكي، والمحيطين بالمراهق، تبدأ مقابلة التقييم بمدخل قليل من المجاملة، وهذا غالباً ما يؤدي إلي جذب انتباه المراهق أثناء إعطائه معلومات مفيدة عن حالته أيضاً، ومن ثم فإن التكنيك المقترح يكون في صورة الاستعلام المبدئي عن ظروف حياة المراهق الراهنة، والأسئلة عن كيف يعيش المراهق حياته ، وعن حضوره لمدرسته، وتقدمه الأكاديمي، والتكوين المترلي، وعلاقاته، وأصدقاؤه ، والأنشطة المفضلة له ،تتيح للإكلينيكي فرصة المرور عبر بيانات موضوعية والتدرج في جذب المراهق نحو الانتباه إليه،كما يجب على الإكلينيكي أن يكون صادقاً مع المراهق وأن يعبر عن اهتمامه الحقيقي به وينظر إليه علي أنه شخص مستقل، ويحجب أي صوره من صور النقد أو الحكم التي يوجهها له، ومن خلال تمييز الأنماط السلوكية والمحيط البيئي للمراهق، يستطيع الإكلينيكي تحديد ما إذا كان المراهق يقع في الصورة الجانبية (بروفيل) للخطر الزائد أم لا ،وإذا وقع المراهق فعلا في مثل هذه الصورة الجانبية ،فإن ذلك يؤدي إلي احتمالية اعتماد الإكلينيكي بصورة أقل على التقرير الذاتي للمراهق لكي يكون عند مستوى معقول من الشك حول احتمالية سوء استخدام الكحوليات و/ أو العقاقير الأخرى من قبل المراهق.كما أن المراهقون قد تكون لديهم الرغبة أيضا في المشاركة بمعلومات عن الأصدقاء المجهولين ، بما في ذلك الأصدقاء الذين يستخدمون الكحول والعقاقير الأخرى، وإذا احتوت تقارير المراهق علي عدد من الأصدقاء الذين يستخدمون و/ أو يسيئون استخدام الكحول والعقاقير

الأخرى، أو يحضرون حفلات يتخللها الاستخدام لهذه المواد، أو وجود دلائل علي المظاهر الأخرى من "الخطر الزائد"، فإن ذلك يجب أن يزيد من المستوى الشك الحالي من قبل الإكلينيكي إلي مستوي آخر، والغرض من الزيارة المبدئية من التقييم هو الحصول على مزيد من المعلومات بقدر الإمكان ، ومن ثم يجب علي الإكلينيكي تجنب أي مجابهة غير ضرورية قد تساوم بتقارير دقيقة وموثوق بها، كما يجب مقابلة المتناقضات وعدم الاتساق مبدئياً بنوع من اللباقة، علي سبيل المثال، عندما تذكر المراهقة بأنها قد تعاطت البيرة مرتين فقط، خلال الأوقات التي كانت فيها بصحبة الأصدقاء، فقد يحاول الإكلينيكي أن يسأل "لقد أصبت بتشوش قليل، إنك أخبرتني قبل ذلك بأنك لم تذهبي إلي أي حفلة يتخللها استخدام الكحول أو العقاقير الأخرى " وأخيراً، عندما يزود الإكلينيكي المراهق وأسرته أو أسرتها بالرد، يجب أن يكون أكثر وضوحاً وبشكل مباشر ،

وغالباً ما يكون مدخل المواجهة ضروري وفعال، وعندما يشك الإكلينيكي في وجود تاريخ أكبر وبشكل أساسي من استخدام الكحول أو العقاقير الأخرى ، فيجب عليه أن يصرح بمثل هذه الشكوك ولكن بشكل هادئ، ويعرض مساعدته وتفهمه لذلك إذا اختار المراهق أن يكون صادقاً معه، كما يجب علي الإكلينيكي أن يكون صادق وواضح عن مدى ثقته بالمراهق، وعلى الرغم من أن الإكلينيكي قد يشعر المراهق بأن سلوكياته الخاصة قد تم الاحتفاظ بها وكتمها عن الآخرين،إلا أنه غالباً ما يجب علي الإكلينيكي الالتزام بتزويد الجماعات الثالثة المكونة من الوالدين، والموظفين القائمين علي

رعاية الطفل، والأشخاص المهتمون بقضايا انحراف الأحداث مثل القاضي أو الضابط بملخصات لفظية ومكتوبة من التقييم،كما يجب على الإكلينيكي إخبار المراهق بأنه سوف يقوم بعمل مثل هذا التقرير، كما يجب أن يسأله عن المعلومات التي يجب أن يحتوى عليها مثل هذا التقرير، كما أن التعامل مع السلوك الخطر كالأفكار الانتحارية أو القتل يجب أن يكون بناء على خطة تستوجب استثناء واضح من السرية ، ولكن يجب الكشف عن ذلك للمراهق في بداية المقابلة، وكما هو الحال في أي مقابلة إكلينيكية مع الشباب، يعد تحديد المستوى النمائي والمعرفي للمراهق من الأمور الحرجة، وذلك لطرح الأسئلة بأسلوبٍ ملائم وأيضاً لفهم إجابات المراهق، كما أن التذبذب العالي في معدل النمو، وصعوبات التعلم والتأخر بين المراهقين الذين يسيئون استخدام المواد، وقدرة المراهق الفردية مع التعبير واستقبال اللغة قد تنخفض إلى حدٍ بعيد مقارنة بعمره أو عمرها الزمني.

**التقييم الشامل:النموذج الميداني Comprehensive Assessment :The Domain Model**

إن وجود عوامل الخطر المتعددة يتكرر حدوثها مع مجالات متعددة الاضطرابات الوظيفية المحتمل ارتباطها بسوء استخدام الكحول والعقاقير الأخرى ، والتقييم الشامل لسوء استخدام المواد والمشكلات المرتبطة بها بين المراهقين تتطلب تقييم العديد من الوظائف في مجالات حياة المراهق، وأيضاً تقييم الاضطرابات النفسية المحتملة، ولقد قام تارتير Tarter (1990) بوصف إجراء التقييم المتعدد المستويات multilevel للمراهقين الذين تدور حولهم

الشكوك بسوء استخدامهم للمواد، ويلي ذلك تحديد مجالات الاضطرابات الوظيفية خلال استخدام مقابلة الفحص الشاملة أو أداة الفحص، لكل ميدان ويعد (جدول ٦-١) أكثر تفصيلا

جدول(٦-١) تقييم سوء استخدام المراهق للمواد:

| |
|---|
| ١- سلوك استخدام المواد |
| ٢-الاضطرابات النفسية والمشكلات السلوكية |
| ٣- المدرسة و/ أو الوظائف المهنية |
| ٤- الوظائف الأسرية |
| ٥-الكفاءة الاجتماعية والعلاقات مع الأقران |
| ٦-الراحة والاستجمام |

لتقييم باستخدام الأسئلة الأكثر تفصيلاً أو باستخدام الأدوات المقننة التي صممت لتقييم هذا الميدان المحدد.

سلوك استخدام المواد **Substance Use Behavior**

والتقييم المفصل لاستخدام المواد والسلوك المرتبط به ، يجب أن يشتمل على أسئلة تهدف إلي الاستفسار عن أربع مجالات رئيسية هي :(١) أنماط الاستخدام، (٢) النتائج السلبية للاستخدام ، (٣) محتوي الاستخدام، (٤) التحكم في الاستخدام (أنظر جدول رقم ٦-٢)، وتشتمل أنماط استخدام المواد علي معلومات تدور حول أنواع المواد التي استخدمت وعمر المراهق عند بداية استخدام كل مادة، بالإضافة إلى عمره عند بداية التعرض وبداية الاستخدام كما يجب على الإكلينيكي أن يسأل عن التدرج في الاستخدام ومدة الاستخدام بشكل منتظم، كما البيانات التي تدور حول كمية وتكرار استخدام المواد تعد جوهرية لأي تقييم كامل، كما يعتبر التغير في استخدام المراهق للمواد يكون غالباً علي درجة كبيرة من الأهمية، إذ ربما قد يخبر المراهق عن فترات من التوقف، وأيضا عن فترات من التعجيل السريع للاستخدام والاستخدام الشديد لمواد معينة، ومن ثم فغالباً ما يعد مخطط استخدام العقار عبر الوقت الزمني مفيداً لأنه يسمح للمراهق بأن يفصح عن البيانات التي تدور حول كمية، وتكرار وتغير استخدام المواد عبر الوقت الزمني مع ذكر التواريخ المهمة، وأيام الإجازات، والأوقات الأخرى التي تستخدم كدليل

جدول ٦-٢ سلوك استخدام المواد

| | |
|---|---|
| I-Patterns of Use | أنماط من الاستخدام |
| Onset: Age and progression of use | ١-البداية : العمر الزمني والتدرج في الاستخدام |
| Quantity | الكمية |
| Frequency | التكرار |
| Variability | التغير |
| Types of agents used | أنواع المواد التي تم استخدامها |
| 2-Negative Consequences | ٢- النتائج السلبية |
| School/vocational | المدرسية / المهنية |
| Social | الاجتماعية |
| Family | الأسرية |
| Psychological/ psychiatric | النفسية / الطب نفسية |
| Physical, including withdrawal | الجسدية ، بما في ذلك الانسحاب |
| 3 -Context of Use | ٣- سياق الاستخدام |
| Time/place of use | وقت / ومكان الاستخدام |
| Peer use levels/attitudes /pressure | مستويات استخدام القرين/ الاتجاهات / الضغط |
| Mood antecedents/consequences | المقدمات المزاجية / والنتائج |
| Expectancies | التوقعات |
| Overall social milieu | البيئة الاجتماعية بصورة كلية |
| 4-Control of Use | ٤- التحكم في الاستخدام |
| Use view of problem | وجهة النظر المستخدمة في المشكلة |
| Attempts to decrease or stop use | محاولات خفض أو التوقف عن الاستخدام |
| More time spent obtaining/using | زيادة الوقت المستغرق في البحث عن الإيجاد والاستخدام |
| Inability to control use episode | عدم القدرة في السيطرة على حلقة الاستخدام |
| Give up activities/responsibilities to use | تحمل أنشطة / ومسؤوليات الاستخدام |

وعلى الرغم من أن التقارير المتعلقة باستخدام الكحول بدرجة شديدة أو استخدام العقاقير الأخرى قد يوحي بتشخيص سوء استخدام أو الاعتماد على المواد النفسية، إلا أنه لابد من الأخذ في الاعتبار النتائج السلبية للاستخدام حيث أنها العلامة الحقيقية للمرض، ومن ثم يجب علي الإكلينيكي أن يكون حذراً عند الاستفسار عن التأثيرات المرتبطة بشكل مباشر أو النتائج السلبية الناتجة عن الاستخدام، وأن لا يفترض بأن كل المشكلات التي يعاني منها المراهق في حياته تكون بسبب استخدامه للمواد، ويتكون محتوي الاستخدام من: وقت ومكان الاستخدام، ومع من يحدث الاستخدام: مستويات استخدام القرين، والاتجاهات، والضغط، ومن الذي يحضر المادة ،أو مجموعة المواد التي يتم استخدامها. كما تعد الحالة المزاجية للمراهق واتجاهاته السابقة واللاحقة على استخدامه للمواد أو توقعاته من هذا الاستخدام من العناصر المهمة أيضا في تحديد الحالة الاجتماعية الكلية أو المحيط البيئي لاستهلاك المواد، وأيضاً الاتجاهات، والأفكار، والتي تدور بشكل خاص حول استخدام المواد ، كما يجب علي الإكلينيكي أن يستفسر أيضا عن قيم المراهق واتجاهاته بشكل عام. هل يوجد لدي المراهق مجموعة من القيم غير المشكلة **nonconforming** ، أو معزول عن المجتمع، أو لديه شعور باليأس من العالم المحيط به ومن مستقبله أو مستقبلها في هذا العالم ؟ وتقييم سلوك استخدام المواد ربما يأتي بعد التحليل الوظيفي لتحديد المقدمات الطبيعية لاستخدام هذه ونتائج هذا الاستخدام، ومثل هذا التحليل سيتيح ـة أكثر تحديداً تستهدف هذه المقدمات النوعية خلال عملية العلاج، كما

أن متطلبات السيطرة علي الاستخدام يلي عموماً انطباق معايـير DSM-IV للاعتماد علي المواد النفسية، هل ينظر المراهق أو المراهقـة إلي اسـتخدامه أو استخدامها للمواد علي أنه مشكلة ولابد من بذل جهوده للسيطرة على هـذا الاستخدام أو إيقافه ؟ هل يقوم المراهق بقضاء وقـت أطـول مـن الـلازم للحصول على، واستخدام، والعودة من تأثيرات المواد ؟ وهل يأخذ المراهـق وقتاً أكبر في التخطيط للحصول علي المواد ؟ وهل يحصـل المراهـق علـي الشراب أو كميات كبيرة منه لمجرد توقعه بأن ذلك سـوف يجعلـه ينجـز تعهدات الدور الذي يلعبه كدوره داخل المدرسة أو العمـل؟ وهـل يـترك المراهق أنشطته السابقة المهمة والمفضلة لديه لكي يسـتخدم المـواد ؟ وهـل يستمر في استخدام المواد على الرغم من النتائج السلبية التي يتكرر حدوثـها بالنسبة له ؟ وعلى الرغم من انخفاض نسبة انتشار الأعراض الجسمية الناتجـة عن استخدام المراهقين للمواد وندرة ظهور أعراض الانسحاب الفسـيولوجية الواضحة، إلا أن هناك عدد من الأسئلة الجوهرية التي تـدور حـول هـذه الخصائص، وإذا أكد المراهق بالإيجاب علي هذه الأسئلة، فإن ذلك يشـير إلي مستويات حادة من اعتماده علي المواد، ويجب أن تدور الأسئلة حول مـادة محددة، وإذا صدق استخدام المراهق لمادة معينة، يجـب علـى الإكلينيكـي الاستمرار في الاستفسار بشكل أكثر تفصيلاً عـن النتـائج السـلبية لهـذا الاستخدام، ومحتواه ، والتحكم في استخدام كـل مـادة محـددة . وتعـد اختبارات وجود السموم عن طريق استخدام عينات البول لوجود واحـد أو أكثر من العقاقير التخليقية مفيداً في تأكيد وجود هذه المادة أو المواد، ومـا إذا

كان اختبار البول أو ما يشابه من مقاييس التسمم **toxicological** للسوائل الجسمية الأخرى لا يمكن أن تؤدي إلي تشخيص سوء استخدام أو الاعتماد علي المواد، فالتهديد (من قبل الوالد) بإجراء اختبار البول غالباً ما يكون كافي لإقناع المراهق أو المراهقة بأن يعترف له بشكل صادق بالمواد التي قد استخدمها، كما يجب علي الإكلينيكي بنصح المريض والوالدين بأن مجرد رفض إعطاء عينة من البول يعد كما لو كانت نتيجة التحليل لها موجباً. وسوف يتم مناقشة اختبارات التسمم بصورة أكثر تفصيلاً خلال الفصل السابع من هذا الكتاب عمل تشخيص سوء استخدام المواد أو الاعتماد عليها

***Making a Diagnosis of Substance Abuse or Dependency***

**يمثل الاعتماد علي المواد مستوى واحد من مستويات "سوء" استخدامها إلا أنه يعد لب النتائج السلبية لهذا الاستخدام بالإضافة إلى إشارات الأعراض، أو السلوكيات التي تشير إلي الاعتماد الجسدي، و/ أو الاستخدام الإلزامي، ويمثل سوء استخدام المواد النفسية مستوى أقل من سوء استخدام الذي يؤدي إلي وجود النتائج السلبية المباشرة الناتجة عنه، كما أن فهم كيفية استخدام هذه المعايير في تقييم تعلق المراهق باستخدام المواد يعد مهارة أساسية.**

**استخدام المواد *Substance Use***

**على الرغم من أن أي مستوى من استخدام المواد من قبل المراهقين يجب أن يؤخذ في الاعتبار، إلا أن الاستخدام المنتظم للكحول و/ أو الاستخدام التجريبي من المواد الأخرى في غياب النتائج السلبية للاستخدام، فالعجز النفسي الاجتماعي، والاستخدام الإلزامي للمواد، أو الاستغراق الكامل في**

استخدامها، كل ذلك ليس كافياً لتشخيص اضطراب استخدام المواد النفسية، كما أن المراهق الذي لديه العوامل السابق ذكرها يقع في مرحلة الخطر الزائد التي تؤدي إلى تطوير مثل هذا الاضطراب وقد يستفيد من الوقاية أو التدخلات الأخرى التي يتم تصميمها للتحكم في سلوكيات استخدام المواد.

**سوء استخدام المواد النفسية *Psychoactive Substance Abuse***

في كل من DSM-III-R ، وDSM-IV ، يكون سوء استخدام المواد أكثر اعتدالاً وأقل حدة ولكنه يمثل حالة إنذار للاعتماد عليها، وتشتمل المعايير على الاستخدام المستمر على الرغم من حدوث المشكلات النفسية والمهنية ، والاجتماعية والجسدية بشكل متكرر، والتي تحدث بسبب أو تثار بسبب استخدام المواد أو الاستخدام المتكرر في المواقف الخطرة ، وخلال فترة زمنية لا تقل عن شهر واحد، كما يتم التأكيد على النتائج السلبية المتكررة الناتجة عن الاستخدام، ومن ثم يجب علي الإكلينيكي محاولة التمييز بين المشكلات التي تحدث بسبب استخدام المواد من المشكلات التي يكون سببها وجود الاضطرابات السيكاترية أو الاضطرابات الوظيفية الأسرية. كما يجب أن تكون هذه النتائج مناسبة بشكل نمائي أيضاً.

**الاعتماد علي المواد *Substance Dependence***

إن مراجعة معايير الاعتماد (القابلة للتطبيق في DSM-IV ) تسمح لنا بأن نشير إلى مظاهر التقييم المتعلقة بالمراهقين، وأن نقترح أسئلة محتملة لتقييم المعايير التشخيصية النوعية .

١ - التحمل ***Tolerance***

* هل تشعر دوماً بأنك في حاجة لمزيد من الكحـــول أو العقاقـــير الأخـــرى للحصول علي نفس التأثير الذي شعرت به من قبل ؟

٢ - الانسحاب ***Withdrawal***

*هل سبق أن حدثت لك أعراض الانسحاب بعـــد استخدمت العقـــار أو الكحول بصورة أقل من قبل أو بسبب توقفك عن الاستخدام (بما في ذلـــك الشعور بالمرض)؟ أو حدوث الهلاوس ؟ أو حدوث النوبات أو والهجمـــات Fits or seizures ؟

*هل سبق أن شربت (أو أخذت عقاقير ) لكي تتجنب أعراض الانســحاب ( أو أن تتجنب الشعور بالمرض )؟

٣- غالباً ما يتم أخذ المواد بكميات أكبر أو لفترة أطول أكثر مما كان يميـــل إليه الشخص. *Substance often taken in larger amounts or over a longer period than the person in tended.*

*ألم تشعر أبداً خلال اللحظة التي بدأت فيها باستخدام ( الكحول أو العقاقير الأخرى ):

-بأنك قد وصلت إلي قدر كبير من الاستخدام أكثر مما قد خططـــت قبـــل الشروع في هذا الاستخدام؟

-بأنك كنت قد قضيت وقت أكثر بكثير في الاستخدام عن ما خططت له من قبل ؟

-بأنك تستمر في الاستخدام علي الرغم من الوعد الذي قطعته علي نفسـك بعدم الاستخدام ؟

-بحدوث مشكلات أو اضطرابات عند انخفاض كمية الكحـول أو العقاقـير التي تقدم إليك؟

-بضرورة حضور الحفلات بصفة مستمرة ؟

-بعدم المقدرة علي مقاومـة الشـعور بالاسـتخدام الإلزامـي ( الحـافز ) للاستخدام ؟

٤- الرغبة المستمرة أو فشل واحد أو أكثر من الجهود المبذولة في التوقـف أو التحكم في استخدام المـواد. *Persistent desire or one or more unsuccessful efforts to cut down or control substance use*

-هل تريد التخلي عن استخدام (الكحول أو العقاقير الأخرى )؟

-منذ متي وأنت تريد التخلي عن الاستخدام ؟

-هل سبق أن شعرت بحدوث مشكلة لك بسبب تعـاطيك الكحـول أو العقاقير الأخرى؟

-هل سبق أن حاولت التوقف حقاً عن الاستخدام ؟

٥- قضاء وقت كبير في أنشطة ضرورية للحصول علي المـواد وأخذهـا، أو استعادة تأثيرها.

*much time spent in activities necessary to get the substance, taking the substance ,or recovering from its effects.*

-هل عادتا ما كنت تقضي وقت كبير في التفكير الذي يدور حول الاستخدام أو في تناول كميات كبيرة من الشراب ؟

-هل شعرت في أوقات معينة بأنك غير قادر علي التركيز في عملك بسبب احتياجك لاستخدام الكحول أو العقاقير الأخرى؟

-هل قضيت وقتاً كبيراً من أجل الحصول علي الكحول أو العقاقير الأخرى؟

-هل رؤيتك، أو تفكيرك، أو ذكر الكحول أو العقاقير الأخرى أمامك يحفزك ويثير شهوتك لاستخدامها ؟

٦- زيادة أو انخفاض الأنشطة الاجتماعية المهمة، أو الأنشطة المهنية، أو الأنشطة الترفيهية بسبب استخدام المواد.

هل عادتاً ما . . .

-تقضى وقت أقل مع أسرتك بسبب استخدام ( الكحول أو العقاقير أخرى )؟

-تقضى وقت أقل مع أصدقائك بسبب استخدام المواد ؟

-تقضى وقت أقل في المدرسة بسبب هذا الاستخدام؟

-تقضى وقت أقل في العمل بسبب هذا الاستخدام؟

- تحرم من الحصول علي الأشياء الأخرى بسبب صرف نقود أكثر من اللازم على الكحول أو العقاقير الأخرى؟

٧- استمرار استخدام المواد على الرغم من معرفته باستمرار ،وتكرار حدوث المشكلات النفسية والاجتماعية، أو المشكلات الجسدية التي تنتج من استخدام أو سوء استخدام المواد. *Continued substance use* .

*despite knowledge of having a persistent or recurrent social, psychological, or physical problem that is caused or worsened by the use of the substance.*

هل عادتاً ما . . .

-تستمر في استخدام المواد على الرغم من حدوث المشاكل الجسدية ؟

-هل تستمر في استخدام المواد على الرغم من زيادة الاكتئاب و/ أو القلق الناتج عن استخدام الكحول أو عقاقير أخرى؟

-هل تستمر في استخدام المواد علي الرغم من المحاجاة مع الأسرة أو الأصدقاء حول الاستخدام ؟

الأسئلة التي يجب أن تدور حول وجود المشكلات التي تحدث بسبب استخدام المواد من قبل المراهقين.

١- معاودة الاستخدام كنتيجة للضعف أو الفشل في مواجهة التعهدات الرئيسية للدور الذي يلعبه الفرد في العمل، والمدرسة، أو المنزل .

- أثناء الاستخدام ، هل كنت تتغيب عن الذهاب إلى المدرسة أو لا تريد العودة إليها مرة أخري ؟
- أثناء الاستخدام، هل كنت غير قادر علي العمل في وظيفتك أو ترتكب أخطاء في عملك، أو تركت وظيفتك مبكراً، أو لم تجد أي وظيفة علي الإطلاق ؟
- خلال حالة السكر أو أكثر من هذه الحالة أو خلال استعادتك لحالتك الطبيعية بعد مرورك بحالة السكر هل غالباً ما :

-تكون غير قادر علي عمل الواجب المنزلي ؟
-ذهبت إلى المدرسة وأنت في حالة سكر شديد ؟
-شربت الخمر أو حصلت علي كمية عالية منه في المدرسة؟
-أهملت مسؤولياتك (أعمال العادية / أعمالك المنزلية)؟
-فقدت يومك (أو فقدت جزء من يومك) الدراسي ؟
-فقدت يومك (أو فقدت جزء من يومك) الوظيفي ؟
-فقدت وظيفتك بسبب استخدامك للمواد ؟

٢- معاودة الاستخدام في وجود المواقف الجسدية الخطرة.

- هل قدت سيارة، أو دراجة بخارية، أو دراجة عادية خلال استخدامك للمواد ؟
- هل سبق أن قمت بتشغيل ماكينة خلال استخدامك للمواد ؟
- هل سبق لك القيام بدور الحامي خلال استخدامك للمواد ؟ علي سبيل المثال جليس أطفال؟

٣- معاودة استخدام المادة المرتبط بحدوث مشكلات قانونية.

- هل تم اعتقالك من قبل خلال استخدامك ( أو كنتيجة لاستخدامك للمواد )؟
- هل وقعت في مشكلة من قبل كنتيجة لاستخدامك للمواد أو نتيجة الفحص الإيجابي للعقار موجبة ؟

٤-الاستمرار في الاستخدام على الرغم من استمرار معاودة حدوث المشكلات الاجتماعية أو البينشخصية الناتجة عن التأثيرات السيئة

للمواد.*Continued use despite contin... or recurrent social or interpersonal problems caused or worsened by' the effects of the substance.*

- هل سبق لك أن وقعت في مشكلات مع الأصدقاء، خليلتك أو خليلك، أو أعضاء أسرتك نتيجة استخدامك للمواد (علي سبيل المثال، اعتراضهم على استخدامك لهذه المواد )؟
- هل سبق أن قمت بعمل شيء ما تجاه أو مع شخص آخر بسبب استخدامك للمواد، وكنت تتمنى عدم القيام به وأنت في حالتك العادية (علي سبيل المثال، الجماع، أو الاقتتال)؟

### المشكلات النفسية والسلوكية Psychiatric and Behavioral Problems

ويعد إلقاء نظرة علي المصاحبات الدالة الناتجة عن سوء استخدام المراهق للمواد والمشكلات الانفعالية، والسلوكية الأخرى ، والفحص والتقييم النهائي المفصل ووجود الاضطرابات السيكوباثولوجية المصاحبة شئ أساسي، ومن ثم يجب أن تتضمن أسئلة الفحص علي الأفكار الاكتئابية، والانتحارية وسلوك القلق، والسلوك العدواني، والتعرض لعلاج الصحة العقلية السابق أو الحالي، كما يجب أن يشتمل على الاستعلام عن كل من الأعراض أو السلوكيات الموجودة خلال كل من استخدام المواد أو حدوث حالة التسمم الناتجة عن الاستخدام أو التوقف عن هذا الاستخدام، كما يجب توثيق تواريخ الأعراض والسلوكيات المرتبطة ببداية استخدام مادة معينة علي سبيل المثال، بداية حدوث الاستخدام الأول، والاستخدام المنتظم، والاستخدام

الباثولوجي، هل تخرج الأعراض أو السلوكيات بشكل مستقل نتيجة استخدام المواد أو التسمم الناتج عنه أو حتى بشكل واضح نتيجة الفترات الدالة من التوقف عن الاستخدام ؟ كما يعطي الحصول على التاريخ المرضى من الاضطراب السيكاتري للأسرة علامات من شأنها عادتاً الإسهام في حل التعارض في مجموعة الأعراض والسلوكيات المصاحبة للاستخدام، حيث لا يكون التاريخ العلاجي السابق والتشخيص السيكاتري لأعضاء الأسرة هو المسؤول فقط، ولكن أيضا ما يشابه، وأيضا أنماط العرض المصاحب الغير مشخص لدي أفراد الأسرة الآخرين.

وفي حالة اختيار مستوى الاستفسار عن الاضطرابات النفسية، فغالباً ما تكون جلسة التقييم والغرض منها هي التي توجه الإكلينيكي، ومن ثم يجب طرح عدد من أسئلة الفحص عن الاكتئاب، والانتحار، والعدوان، والاختلال العقلي، وتاريخ العلاج، كل ذلك قد يكون كافياً من أجل اختصار المعلومات الأخرى التي تحدد ما إذا كان من المهم إحالة المراهق للتقييم النفسي الشامل والمفصل بدرجة أكبر أم لا . وخلال مثل هذا التقييم الشامل سواء كان بالنسبة للمريض المقيم في المستشفي ،أو المتردد على الجلسات العلاجية الخارجية، يجب أن تغطي الأسئلة المطروحة المشكلات النفسية والسلوكية، بالتفصيل إذا كان هناك ضرورة لذلك، وكل مجموعة تشخيصية رئيسية، ولاختصار المقابلة الإكلينيكية قد يرغب الإكلينيكي في استخدام واحد من الأدوات التشخيصية أو البعدية المتعددة لتقيم شدة الاضطراب

والحصول التشخيص السيكاتري. وسوف يتم مناقشة استخدام الأدوات بصورة أكثر تفصيلاً في الجزء الأخير من هذا الفصل.

**الوظائف المدرسية و/ أو المهنية School and/or Vocational Functioning**

يتم تسجيل معظم المراهقين في المدرسة التي تشكل العمل المبدئي للمراهق، ويتطلب الحضور المنتظم والتقدم المقنع في المدرسة العديد من المهارات الوظيفية التي تتشابه مع المهارات المطلوبة من البالغين لحصولهم، أو أدائهم، أو احتفاظهم بالعمل الملائم لهم، كما أن الأداء المرضي في الجلسات المدرسية يتطلب مهارات تفاعل شخصية ومهارات معرفية وسلوكية تتحكم على الأقل في أقل قدر من مستوى التوجه نحو الإنجاز، ولا ينمي الفشل في المدرسة وحده استخدام وسوء استخدام المواد، ولكن الفشل الأكاديمي والسلوك المدرسي الضعيف، غالباً ما تميز المراهقين المسيئين لاستخدام المواد. وعلى الرغم من أن تقرير المراهق عن أدائه الدراسي، وسلوكه، واتجاهه نحو المدرسة وتحصيله يعد من المعلومات الموضوعية المهمة ،

بما في ذلك المستويات، وسجلات الحضور، والاختبارات النفسية التربوية السابقة (مثل، درجات الذكاء واختبار التحصيل) التي لها مستوى من الثبات العالي، كما تعد تقارير وملاحظات المعلم وإدارة المدرسة من السجلات الموضوعية المكملة بالإضافة لتقرير المراهق نفسه . وغالباً ما تكون البيئة الأكاديمية مفيدة جداً في الفهم الكامل لسياق سوء استخدام المراهق للمواد. وبداية بالمنزل، ما هو اتجاه الوالدين نحو التحصيل الدراسي والسلوك؟ هل

يحملون المراهق المسؤولية عن المشكلات التي تحدث لهم في المدرسة أم يلقــون باللوم علي المدرسة؟ هل يشجع الوالدين علي التحصيل الدراسي أو يكونــون متناقضين في ذلك ؟ وتشتمل العوامل المؤثرة على البيئة المدرسية علــي توفــر الكحول أو العقاقير الأخرى، ومستوى الإشراف علي المراهقين، واتجــاه إدارة المدرسة نحو استخدام المواد، والسياق الاجتماعي الأكبر، علي سبيل المثـــال، مدارس المناطق الحضرية التي يكون بها معدلات تسرب عالية، والمحاطة بمنــاطق انتشار الاستخدام الشديد للعقار، يعد سياق مختلف عن مدارس الضواحــي أو مدارس المناطق الريفية. وبالنسبة لهؤلاء المراهقين الذين تركوا المدرسة، يجــب على الإكلينيكي أن يستفسر عن تاريخهم المدرسي، وظروف تركهم لها ،علــي سبيل المثال، هــل الفشــل الأكــاديمي، أو الطــرد أو الفشــل الخــارجي هو الذي أدي إلي تركهم المدرسة، " وما هي خطــط المراهــق المســتقبلية المتعلقة بالتربية أو المهنة في المستقبل ؟ وهل تم تعيين المراهــق في وظيفــة وإذا حدث ذلك ما هو سجل عمله أو عملها الخاص بالحضور، والتقدم في العمــل وأو عدد الوظائف ؟

**الوظائف الأسرية Family functioning**

وبنظرة على البحث والخبرة الإكلينيكية يتضح عدد العوامل الأسرية كمنبئـات للوظائف النفسية والاجتماعية في الطفولة والمراهقة ،ولمستوي التعلق بـــالمواد، وليس من المستغرب أن نجد عدد المتغيرات الأسرية المستهدفة لعملية التقييــم، فالتنظيم الأسري، الاتصال، والقيم الاجتماعية سوف تؤثر بدرجة كبيرة علــى سلوك المراهق على الرغم من الأهمية المتزايدة لاستقلال المراهق عــن الأســرة

والتأثير المتزايد من قبل الأقران. وتتم إجراءات تقييم الوظائف الأسرية على عدد من المستويات، أولها ، من هم أعضاء أسرة المراهق؟ بالإضافة إلى أعضاء الأسرة الأصليين nuclear family ، أو حتى البالغين المقيمين مع الأسرة وليسوا من أفراد الأسرة، ويجب علي الإكلينيكي أن يستفسر عن نوعية العلاقات الأسرية من خلال عدد من المفاهيم كأساليب الاتصال، والصراعات والعلاقات السيئة المحتملة، كما يجب أن تتضمن الأسئلة التي تدورحول إدارة الوالدين لسلوك المراهق الاتجاهات الوالدية نحو القصور ونجاح أو فشل الجهود السابقة والحالية، كما يجب علي الإكلينيكي أن يستفسر عن السلوك الظاهري للوالد، ما هي الكمية التي يستخدمها كل من والدي المراهق من الكحول أو العقاقير الأخرى. وهل هناك تاريخ من سوء استخدام المواد أو الاعتماد في الماضي وإذا وجد، هل تم العلاج ؟ وإذا تم الحصول علي تاريخ لسوء استخدام الوالدين للمواد ، فما هو الأثر الذي يتركه على الأسرة والمراهق؟

وعلى نحو مشابه، لابد من إيجاد التواريخ الأسرية لسوء استخدام المواد لكل أعضاء الأسرة الأساسيين والثانويين، وعلي الرغم من أن السلوك الواضح لسوء استخدام المواد يمدنا بالتأثير الدال على السلوك الحالي والتالي للمراهق، إلا أن الاتجاهات الوالدية تعد مهمة هي الأخرى، هل لا يشجع الوالدين استخدام المواد بوضوح من قبل طفلهم ويمدونه بنتائج مناسبة لمنعهم من سوء استخدامها ؟ وهل الوالدين يقدمان أكثر من دليل مناسب وواضح علي استخدام المواد أو يستبعد الاستخدام كمرحلة تطويرية حتمية؟ ،كما أن

فحص الضغوط الواقعة على الأسرة وأفرادها يساعد الإكلينيكي في تحديد السياق الأسري، هل يعاني أعضاء الأسرة من المشاكل الأخرى، بما في ذلك البطالة، والصعوبات مالية،والأمراض بما فيها الأمراض النفسية، ولا يعد تحديد الضغوط الأسرية أمراً مهماً فقط، ولكن أيضاً تقييم التكيف الأسري ومهارات الأسرة في حل المشكلات إلى مقدرة الأسرة على مواجهة التحديات الضاغطة .

## الكفاءة الاجتماعية والعلاقات مع الأقران Social Competency and Peer Relations

تشير الكفاءة الاجتماعية إلى قدرة المراهق على التعامل بشكل ملائم مع كل من الأقران والبالغين، ويشتمل ذلك على عدد من مفاهيم الكفاءة الاجتماعية مثل مهارات الاتصال، والتحكم في الغضب، ومهارات الاسترخاء، ومهارات حل المشكلات، ويجب على الإكلينيكي أن يتخذ حذره عند تقييمه للكفاءة المراهق الاجتماعية خلال المواقف المختلفة التي تشتمل على كفاءته الاجتماعية داخل المدرسة، والأسرة، وكفاءة القرين، وتعد علاقات القرين من المعطيات الخاصة الحرجة التي تؤدي به إلي الانتقال بشكل نمائي ملائم، من الاهتمام والتأثر بالأسرة والوالدين إلى الاهتمام والتأثر بمجموعة الأقران المراهقين، وكما أكدنا سابقاً يجب على الإكلينيكي سؤال المراهق عن علاقاته أو علاقتها بأقرانه أو أقرانها، هل للمراهق أصدقاء؟ وما هو الصديق المفضل لديه ؟ وما هي الأنشطة المفضلة التي يقوم بها بمجموعة الأقران ؟ ما اتجاهات أقرانه وخاصةً تلك التي تدور حول السلوك الشاذ بشكل عام وحول استخدام المواد

بشكل خاص؟ ، وهل يشعر المراهق بالقبول والراحة داخل مجموعة الأقران؟ كما يجب الاستفسار عن العزلة الاجتماعية والخوف الاجتماعي المرضي، والتي من المحتمل أن تودي إلى حدوث اضطراب القلق أو الضعف في النمو الاجتماعي وفي مهارات الاتصال، وكيف يتعامل مع المراهق الصراعات التي تحدث بين الأقران ؟ وهل هناك مستوى من تحمل الارتباط والولاء لمجموعة معينة من الأقران ؟

الراحة والاستجمام **Leisure and Recreation**

قد يحدد توفر واستخدام وقت الفراغ المراهق دخوله للسلوك المنحرف وسلوك استخدام المواد، ومن ثم يجب على الإكلينيكي ليس فقط وضع فهرس لأوقات فراغه الحالية، واتجاهاته، واهتماماته، وأنشطته ، ولكن يسأل أيضا عن أنشطته السابقة، المقبولة اجتماعياً أو المنحرفة

بالإضافة اهتمامه وعدم اهتمامه بالأنشطة المتنوعة، وهل لدي المراهق الحد الأدنى من القدرة الجسدية التي تمكنه من المشاركة في هذه الأنشطة ؟ وهل لديه أي مواهب خاصة لم يتم تحديدها حتى الآن، أو أن هذه المواهب معروفة ولكن لا يمكن إظهارها نتيجة للظروف البيئية المتعددة التي تعوق عرضها أو التعبير عنها ؟

## المحتوي الجماعي والاجتماعي للمراهق Community and Social Context of the Adolescent

هذا التصنيف قد لاقي انتباه قليل من قبل عملية التقييم، ومع ذلك يشكل المحتوي الاجتماعي للمراهق نقطة حرجة في فهم كل التوقعات من العملية العلاجية ونوع العلاج والتدخلات الضرورية لسوء استخدام المراهق للمواد بصفة جزئية، ما هو الوضع الاقتصادي والقانوني للمراهق ؟ وما هي المنظمات الأخرى، مثل منظمات رفاهية الطفل وإنصاف الحدث، هل هذا موجود بالنسبة للمراهق ولأسرته ؟ وأين يعيش المراهق ؟ هل هناك تعلق بعصابة gang ؟ هل الجيران المحيطين به يعانون من الضغط الاقتصادي وانتشار العنف والتعلق بالمواد النفسية ؟كما أن اختلاف أنواع البيئات الاجتماعية قد يؤثر بشدة على تعرض المراهق لخطر بداية، والاستمرار في استخدام وسوء استخدام المواد وأيضا على مستوى خطر انتكاسه مرة أخري، كما أن البيئة غير المساندة قد تتطلب مداخل علاجية مختلفة أكثر مما تتطلبه البيئة المساندة .

## أدوات تقييم سوء استخدام المراهق للمواد Instruments For Assessment in Adolescent Substance Abuse

إن الحاجة للتقييم الكامل والأكثر شمولية في مجال سوء استخدام المراهق للمواد خلال الجلسات المتنوعة الإكلينيكية وغير الإكلينيكية قد أدت إلي صناعة عدد من الأدوات المتنوعة في المجال، وتشتمل الاستخدامات المتنوعة لمثل هذه الأدوات على تشخيص سوء استخدام وإدمان المواد والاضطرابات

النفسية الأخرى، وتقدير شدة استخدام المواد وما يرتبط به من سلوكيات، وتقييم العديد من المجالات النوعية الأخرى المرتبطة باستخدام المراهق للمواد والاضطرابات النفسية. والمبرر الأساسي لاستخدام الأدوات هو تغطية النواحي الإكلينيكية والبحثية، والحاجة للتقييم المعياري في البحث قد يكون هو الدافع المبدئي لتطوير الأدوات، ومن خلال التطوير واستمرار وجود مجال غامض من الناحية العلمية أساساً مثل سوء استخدام المراهق للمواد، هناك حاجة لبيانات معيارية ودقيقة من الناحية المنهجية، وقابلة للقياس، ووضوح التراث العلمي قد يؤدي إلي ظهور عدد من الأدوات. كما أن البحث يتطلب الحاجة للقياس المعياري بدرجة أكبر من مجرد الاستخدام الإكلينيكي الروتيني، ويتضمن ذلك تنمية الخصائص السيكومترية مثل الصدق والثبات، وتكمن قيمة الأدوات بالنسبة للإكلينيكي في قدرتها علي توفير المعلومات الأكثر ثباتاً واتساقاً، وفي الحصول على نفس القياسات عبر الفترات المتتابعة بشكل منتظم ، وتحديد المريض والعينات الأكثر تجانساً

لتحديد متطلبات العلاج. كما أن الأدوات يمكن أن تساعد في تحديد المتغيرات الناتجة عن الانتشار، والحكم الإكلينيكي المصاحب له، كما أنها توفر جهداً كبيراً لمن يستخدمها، وتعد طريقة فعالة ورخيصة لإجراء عملية التقييم، وسواء كان من يستخدمها باحث أو إكلينيكي أو هما معاً،ومن خواص الأداة الجيدة: يجب أن تكون صادقة، ومعني ذلك، يجب أن تقيس المفهوم الذي وضعت لقياسه، كما يجب أن تكون الأداة ثابتة، أي أنها تكون متسقة في نتائجها عبر الزمن ولا تختلف باختلاف الأشخاص الذين يقومون

باستخدامها، كما يجب أن تكون عملية أيضاً ، بحيث لا تتطلب وقت أكثر من اللازم، وجهد، أو تكلفة لكمية ونوع المعلومات التي تمدنا بها. وهناك العديد الأدوات التي يتم استخدامها بشكل أساسي في تقييم المراهقين مشكوك فيها أو لم يتم التأكد من صلاحيتها في قياس مشكلات استخدام المواد، وخلال ما تبقي من هذا الفصل، سنقوم بمناقشة أنواع أدوات التقييم، كما سيتم ذكر أدوات معينة بصورة مختصرة، وبينما نحاول بقدر الإمكان تقديمها بصورة كاملة إلا أن الطبيعة الدينامية لتطور الأداة والقصور الحتمي بين التخطيط لها ونشرها في صورتها النهائية سوف يتم حذفه وذلك بسبب عدم توفر الأدوات الأحدث، والإصدارات الأكثر حداثة من الأدوات التي تم تطويرها.

أدوات الفحص **Screening Instruments**

أدوات الفحص هي تلك الأدوات التي يستخدمها كل من الإكلينيكي، وغير الإكلينيكي في التعرف علي المراهق الذي يعاني من خطر سوء استخدام المواد، أو هؤلاء الذين يسيئون استخدامها، وأيضاً الذين تنطبق عليهم الحد الأدنى من السلوك المشكل ويتطلب ذلك تقييماً آخر أكثر تفصيلاً لإيجاد حالة استخدامهم للمواد. وفي الحقيقة، باستثناء قيمة بعض أدوات الفحص في المسوح القياسية الواسعة النطاق، ولقد تم تصميم أدوات الفحص لكي تكون البوابة الرئيسية للتقييم الأكثر شمولاً، وضمن المجموعة الكبيرة من أدوات الفحص، هناك أدوات وحيدة المجال Unidomain وأخرى متعددة المجال multidomain ، والأدوات الوحيدة المجال هي التي تقيس مجال محدد، وهو

على الأغلب استخدام المواد والسلوكيات المرتبطة به على نحو مباشــــر، أمـــا الأدوات المتعددة المجال فهي التي يتم استخدامها في تقييم مدي أوســـع مـــن المتغيرات بما في ذلك السلوكيات، والأعراض السيكاترية، والوظائف الأســـرية والمدرسية والاتجاهات.

أدوات الفحص وحيدة المجال ***Unidomain Screening Instruments***

يعد سلوك استخدام المواد من المجالات المفردة الأكثر شيوعاً، ولقد تم تصميـــم اختبار ميتشيجان للتقرير الذاتي عن الكحول The *Michigan Alcohol Self -reporting Test* or MAST (سيلزير، Selzer,1971) للبـــالغين ولتقييم النتائج المرتبطة بالاستخدام الباثولوجي من قبله، ولا توجد معايـــير أو صدق قدتم نشرها لهذا المقياس بالنسبة لعينة المراهقين، ومقياس تعلق المراهقـــين بـــالكحول The *Adolescent Alcohol involvement Scale* or AAIS(ماير وفيلسبـــتيد، Mayer & Filstead, 1979) وهـــو أداة مختصرة تتكون من ١٤ بند تم وضعـــها لفحـــص المســـتويات الباثولوجيـــة لاستخدام الكحول، ولقد سجل ونـــترز Winters (1990) عـــدد مـــن الأدوات التي تم تطويرها حديثاً تشتمل علي أدوات للفحص، والتقرير الـــذاتي، والمقابلة. وعلي الرغم من هناك عدد كبير من هـــذه الأدوات لـــه صلاحيـــة جيدة، إلا أنها غالباً ما تكون محدودة بسبب نقص صدق البناء وعـــدم نشـــر البيانات السيكومترية، وربما يكون ذلك ناتج عن اعتمادهـــا علـــي المعايـــير التشخيصية القديمة ل (DSM-III).

## أدوات الفحص للمجـــالات المتعـــددة *Multidomain Screening Instruments*

هو الحاجة الراهنة للتقييم المتعدد الأبعاد multidimensional أو المتعـــدد المجالات multidomain لسوء استخدام المواد من قبـــل المراهـــق، وتعـــد الأدوات المتعددة المجالات مفيدة بدرجـــة أكـــبر لكـــل مـــن الإكلينيكيـــين والباحثين، وبالإضافة إلى المعلومات عن استخدام المواد يمكن استخدام هـــذه الأدوات في تقييم مجالات أخرى من وظائف المراهق التي من المحتمل أن تتـــأثر باستخدام المراهق للمواد، وطبقاً لنتائج المعهد القومي لسوء استخدام العقـــار (NIDA) هناك مشروع لتطوير طرق محسنة لتقييم سوء استخدام المواد بـــين المراهقين، حيث قام (تارتر Tarter, 1990) بتصميم قائمة فحص استخدام العقار (DUSI) *Drug Use Screening inventory* لفحص مجـــالات متعددة والتعرف على الشباب الذين يحتاجون لتقييم آخر في كـــل ميـــدان أو مجال لإظهار المشكلات التي يعانون منها. وهذه القائمة عبارة عن أداة للتقريـــر الذاتي، أو الإدارة الذاتية self-administered وهي متوفـــرة في صـــورة الورقة والقلم ، و/ أو الإصدارات المساعدة باستخدام الكمبيوتر. وهناك عـــدد من الأدوات المتعددة الميادين multidomain المتوفرة في صـــورة المقابلـــة، منها فهرس شدة الإدمان The *Addiction Severity Index* (ASI) الذي قـــام بوضعـــه مـــاك ليـــلان، لوبورســـكاي، وودي ، وأوعـــبرين، McLellan, Luborsky, Woody, and O'Brien, (1980) وتمثـــل تقييم معياري للبالغين ولقد تم استخدامها من قبل ماك ليـــلان وآخـــرون في

دراسة طولية، وبالاستناد على هذه الأداة، هناك عدد من الأدوات الشبيهة بها من الناحية البنائية تستند على تقييم الميادين المتعددة لوظائف المراهق وأيضا سلوك استخدامه للمواد. منها فهرس شدة مشكلات المراهق The Adolescent Problems Severity Index (ميزجير، كوشنير وميلدلان، 1991، Metzger, Kushner, & MeLdlan)، وأداة تشخيص سوء استخدام المراهق للعقار the *Adolescent Drag Abuse* *Diagnoses instrument*(فريدمان ووتادا، & Friedman) Utada,1989وفهرس شدة المراهقين the *Teen Severity index* ( كامنير، واجنير، بلومير وسيفر، & Kaminer, Wagner, Plummer) Seifer, 1993 ،كل منها تعد مقابلات بنائية تتطلب قياس تدرب الشخص المقابل علي استخدامها ،وهذه المقابلات تكون فضفاضة في تناولها للميادين المتعددة وأكثر شمولية من أدوات الفحص الأخرى، وعلى أية حال، فإن هذه الأدوات ما هي إلا انعكاسات والإكلينيكي يكون قد لديه الرغبة في استكشاف بعض الميادين بصورة أكثر تفصيلاً.

**الأدوات الشاملة Comprehensive instruments**

استخدام أدوات متعددة في تقييم المراهقين غالباً لا يكون مفيداً من الناحية العملية في البرامج الإكلينيكية، والبحث عن أداة واحدة شاملة أو مجموعة من الأدوات المكملة لبعضها في تقييم استخدام و/أو سوء استخدام المراهق للمواد والمشكلات المرتبطة به قد أدى إلى تطوير عدد من هذه الأدوات، فعلي سبيل المثال ساعد مشروع تقييم المراهق المعتمد إكلينيكياً

*Clinical Dependency Adolescent Assessment Project*
(CDAA P) الذي بدأ خلال بداية الثمانينات من هذا القرن الإكلينيكيين.
علي تمييز، وإحالة، وعلاج المراهقين الذين يعانون من مشكلات سوء
استخدام المواد ( سي دي أي أي بي، CDAAP, 1988 ) ، (وينترز،
وهينلي Winters & Henly, 1988 ) ، وفي الحقيقة، فإن هذا المشروع
يتكون من ثلاث مكونات آدائية، كل منها يفحص محتوي مجال معين،
واختبار فحص الخبرة الشخصية The personal experience
screening questionnaire (PESQ) ، ويتكون من ٣٨ بنداً في
صورة تقرير ذاتي كأداة للفحص، والتي تشير ما إذا كان المراهق في حاجة إلي
تقييم أكثر شمولية أم لا، والمجالات التي يغطيها هذا الاختبار تشتمل علي شدة
مشكلة الاستخدام الكيميائي، وتكرار استخدام العقار
والمشكلات الصحة العقلية والسلوكية الأخرى، والحيل الدفاعية
defensiveness ( التزييف الجيد)، وعدم التكرار (التزييف السيئ )،
وقائمة الخبرة الشخصية The personal experience inventory
(PEI) (ونتر وهينلي Winters & Henly. 1988 ) ، وتتكون من ٣٠٠
بند كأداة للتقرير الذاتي وهي متاحة في صورة الورقة والقلم، كما أنها مخزنة
على الكمبيوتر كإصدارات مساعدة، وبالإضافة إلي أن هذه القائمة تزودنا
بمعلومات مفصلة عن مستوى التعلق بسوء استخدام المواد من قبل المراهقين،
فهي تحدد أيضا عوامل الخطر الشخصية المرسبة أو التي تؤدي لسوء استخدام
المواد، كما أن لهذه الأداة مقطعين مكونين أساسيين، المقطع الأول: يمثل

مقطع شدة المشكلة وهو يتكون من خمسة مقاييس أساسية. وخمسة مقاييس إكلينيكية، ثلاثة منها لقياس الصدق، والسؤال عن بداية استخدام المواد وتكرار استخدامها، والمقطع الثاني،وهو المقطع النفسي الاجتماعي، ويتكون من ثمانية مقاييس للتوافق الشخصي، وأربعة مقاييس للمحيط الأسري وبيئة الأقران، ومقياسين للصدق، والمكون الأخير من CDAAP يشتمل على المقابلة التشخيصية لإيجاد الحالة الاجتماعية والسكانية التي تشكل شدة الضغوط النفسية الاجتماعية، واستخدام الكحول والماريجوانا، وفحص الاضطرابات السيكاترية الأخرى وتحديد المستوى الوظيفي، وهذا يسمح للإكلينيكي القيام بتحديد المحور الأول من المحاور الأربعة الواردة في DSM-III-R ،وتشير البيانات الشاملة على العينات المعياري والإكلينيكية إلى صدق وثبات درجات القياس (CDAAP,1988) ،ولقد طور المعهد القومي لسوء استخدام العقار The National Institute on Drug Abuse (NIDA) ،دليل لإيجاد نموذج يوجه تقييم المراهقين الذين يعانون من مشكلات سوء استخدام المواد (تارتير، Tarter, 1990). ويتكون هذا النموذج من أربع خطوات هي :(١) التحديد أو الكشف المبكر، early identification (٢) التقييم الشامل، (٣) المماثلة العلاجية treatment matching ،(٤) الإحالة أو اتخاذ القرار referral . وعند الفحص أو مستوى الكشف المبكر، يجب تقييم عشرة ميادين من الاضطرابات الوظيفية الممكن حدوثها، وعادة ما يستخدم DUSI في تقييم كل هذه المجالات، ولكل مجال من هذه المجالات العشرة يتم التعرف عليها بواسطة DUSI ،

وكل مجال من هذه المجالات التي يتم التعرف عليها بواسطة DUSI تعد احد المجالات التي يجب أخذها في الاعتبار. كما أن التقييم الأكثر شمولية يؤدي إلى ذلك المجال من خلال استخدام عدد من الأدوات التي يوصى باستخدامها، ولسوء الحظ، فإن تقييم NIDA والنموذج المرجعي قد يكون مضيعة للوقت بدرجة كبيرة وقد يكون هذا التقييم قدم لدرجة الاعتقاد بأن نتائجه هي الوحيدة التي سوف تحدد المرجعية الملائمة والعلاج المناسب .

**الأدوات الأخرى Other Instruments**

كما يجب علي الإكلينيكي أو الباحث أن يأخذ في اعتباره استخدام الأدوات الأخرى لاختصار إجراءات تقييم سوء استخدام المواد، وبالنسبة للتشخيص التقييمي الشامل للاضطرابات النفسية لدي المراهقين، كما أن استخدام المقابلات البنائية مثل DISC ( كوستيلو، إدلبروك، دولكان، كالاس، وكلاريك، (Costello, Edelbrock, Dulcan, Kalas, & Klaric, 1984 أو الأداة شبه البنائية مثل جدول مرحلة الطفولة للفصام والاضطرابات الانفعالية أو Kiddies-SADS (K-SADS) (بويج أنتش وكامبرز، (Puig-Antich & Chambers, 1978)، يمكن أن مكملاً لتشخيصات DSM-III-R، بما في ذلك اضطرابات استخدام المواد النفسية، كما أن استخدام أدوات التقرير الذاتي مثل قائمة بيك الاكتئاب - *Beck Depression inventory*، (بيك، وورد، مينديلسون، وموك وإرباوت، (Beck, Ward, Mendelsohn, Mock, & Erbaugh,

1961 تتيح لنا تحديد الخط القاعدي والتقييم التتابعي للاكتئاب، الذي يعـــد المشكلة الشائعة بين

مسيئي استخدام المواد، وقائمة سلوك الطفـــل The *Child Behavior Checklist* (CBCL) التي تقيس مشكلات السلوك وتزودنا بمعلومات عـــن الشكاوي الجسمية، والسمات الفصامية، والاتصال، والنضـــج، والانحـــراف، والعدوان، والانســـحاب، والنشـــاط الزائـــد ( أتشـــينباتش وإديلـــبروك، (Achenbach & Edelbrock, 1983). ، ومناقشتنا للأدوات المتاحـــة لتقييم تعلق المراهق لاستخدام المواد ليس كاملاً أو شـــامل علـــى الإطـــلاق، حيث أن هناك العديد من الأدوات الأخرى الصادقة والثابتة ،والعملية تكـــون متاحة، ويجب على الإكلينيكي أو الباحث أن يجد الأداة أو الأدوات الأكـــثر ملاءمة لمتطلبات البرنامج أو المشروع في صورة تقييم المتغـــيرات وقيمتـــها في تحديد كل من الخط القاعدي للمشكلات في مجالات محددة مـــن الوظـــائف وتغيرها بمرور الوقت، وربما في الاستجابة للتدخـــلات العلاجيـــة، كمـــا أن الإدارة العملية للأدوات هي أيضا شأن أولي، حيث لا يجب تضييـــع الوقـــت الثمين في تقييم المتغيرات التي لا نحتاج إليها أو لا نستفيد منها في تحديد نـــوع التدخل العلاجي من بين البرامج العلاجية الأخرى .

## الخلاصة SUMMARY

أن تقييم سوء استخدام المواد، وما يرتبط به من سلوكيات، ونتائجه النفسية الاجتماعية وتأثيراته على وظائف المراهق، يجب أن يشتمل علي التقييم الجيد لعدد من المجالات في حياة المراهق بما في ذلك الوظائف السلوكية ، والأسرية ، والمدرسية، ووظائف الأقران، وذلك لأن التقييم لمثل هذه المجالات يساهم في تحديد وجود مشكلة سوء استخدام المواد، وأيضاً في تمييز الأنواع المحددة من المشكلات الأخرى،وتحديد نوع التدخل العلاجي الذي قد يؤدي إلي أفضل التغيرات، كما أن استخدام الأدوات لقياس هذه المجالات بهدف تقييمها يسمح لنا بمزيد من معيارية وكفاءة التقييم للخط القاعدي للمشكلات وأيضاً إمكانية تقييم التغيرات على نحو تتابعي، وهذا يحدد ما إذا العلاج ناجح أم فاشل.

# الفصل السابع

# التقييم الطبي

# Medical Evaluation

# الفصل السابع

## التقييم الطبي Medical Evaluation

المواد النفسية المساء استخدامها تكون ذات طبيعة تكوينية فارماكولوجية pharmacologic ولها تأثيرات فسيولوجية حادة أو شبه حادة أو مزمنة ليس فقط علي المخ ،ولكن أيضا على عدد متنوع من أنظمة أعضاء الجسم الأخرى.ونتيجة لهذه التأثيرات الفسيولوجية ،أو النتائج الطّبية السّلبية الممكنة لهذه التأثيرات ، مثل الحوادث. يستخدم المراهقين أو يسيئوا استخدام المواد النفسية التي غالبا ما تقدّم من قبل متخصص للعناية الصحية بصورة مبدئية.وحيث أن المراهقين بصفة عامة ليست لديهم معلومات عن سوء استخدامهم لهذه المواد ،والتأثيرات النفسية والفسيولوجية والنتائج الطبية لسوء استخدامها ،فإن ذلك قد يعد السبب الوحيد الواضح والظاهر لسوء استخدام هذه المواد.ومعرفة هذه التأثيرات والنّتائج تسمح بتلك التعاملات من قبل المراهقين ،وبإمكانية تمييز استخدامها من قبل المراهق وإمدادهم بدروس ملائمة ومعلومات حول تأثيرات استخدام المواد النفسية.ويجب على المتخصصين في مجال الرعاية الصحة الذين يشككون أو يؤيدون استخدام المواد النفسية التخليقية أن يوجهوا المراهق إلي التقييمات الأخرى من قبل الإكلينيكيين ذوي الخبرة في مجال استخدام المراهق للمواد النفسية.

وبالنسبة للتأثيرات والنتائج الفيزيائية لاستخدام المواد النفسية علــي العقــل، فيجب أن يكون كل من التأريخ الطبي الشامل والفحــص الجســدي جــزء أساسي لتقييم المراهق الذي يعاني من المشكلات السلوكية أو الانفعالية ،كمــا يجب التركيز علي أهمية التقييم الطبي الشــامل وبصفــة خاصــة بالنســبة للمراهقين المشكوك فيهم بأنهم من مسيئي استخدام المواد النفسية.

## نقاط تمهيدية POINTS OF ENTRY

معظم المراهقين الذين يسيئوا استخدام المواد النفسية ليسوا من الباحثين عــن الصحة؛ومن ثم فإنهم نادرا ما يقدّمون علي أي من مكاتب العناية الصّحيــة أو الطّبية.أو حتى كما هو شائع قليلا ما يقدم المراهق الذي يعاني من مشــكلة استخدام المواد النفسية للسؤال عن مساعدة تدور حول مشكلة الاســتخدام السيئ لهذه المواد التي قد تميّزهم عن المراهقين الآخرون.والنقطة المتكررة الــتي تدور حول دخول المراهق المسيء لاستخدام للمواد النفسية لنظــام العنايــة الصّحة غالبا ما تكون في غرف حالات الطوارئ للعلاج من حالات التّســمّم من هذه المواد ،أو من تناول جرعة زائدة منها، أو الحــوادث المرتبطــة بهــذا الاستخدام والمرتبطة بعدد من الشروط .فالمراهقين الذين يســيئوا اســتخدام المواد النفسية ربما يكملون أو يطلبون عناية طبية لعدد من الأســباب، الــتي تشتمل علي الشّكاوي الجسدية المتوهمة ،أو تحديد النسل،أو الأمراض الجنســية المعدية،أو المشكلات تنفسية مزمنة محزنة ، أو الحوادث البسيطة .

## الحوادث Accidents

الحوادث المرتبطة بالسّلوك تكون شائعة بين المراهقين.ومن خلال دراسة عن القيادة أجريت في المدارس المتوسطة والثانوية ،الواقعة في المناطق الحضرية وجد كل من ميلستين وإروين Milstein and Irwin(1987 ) أن ما يقرب من ٦٣,٣ % من المراهقين قد اقروا بأن الفرص قد سنحت لهم بقيادة الدّراجات أو لوحات التزحلق ،وأن ٦٤,٠ % منهم لم يستعملوا أحزمة الأمان أثناء وجودهم في السيارة ، وأن ٧٠,٧ % قد قادوا،أو ركبوا في سيارة كانت تسير بسرعة أكبر من السرعة المسموح بها .وتشكيل هذه السّلوكيات الخطرة يكون ناتج عن استخدام المواد النفسية .حيث أشارت نفس الدّراسة إلى أن ١٤,٠ % من الطلاب يستخدمون الدراجة أو لوحة التزحلق وهم تحت تأثير هذه المواد .وأن ٤٨,٣ % منهم قد سبق لهم السفر في سيارة مع سائق غير متمرس في القيادة ، وأن ٦,٨% منهم قد قاد سيارة أو دراجة بخارية وهم تحت تأثير المواد النفسية .

وتعد الحوادث هي السّبب الواضح للموت الحادث بين الأفراد في سن المراهقة ، وهي المسؤولة عن حدوث ٧٩ % من كل حالات الوفاة بين المراهقين في سن من ١٥ إلى ١٩ سنة ( المركز الوطني لإحصائيات الصحة .National Center for Health Statistics ( NSHS) ،١٩٩٢)..كما أن حوادث السيارات تشكل النسب المئوية الأكبر لموت المراهقين في الحوادث (NCHS,1992). فالمراهقة و/ أو المواد الأخرى غالبا ما يتكرر وجودها بين موتى السّيارات . فالمراهقون الذين لديهم

مستويات عالية موجبة من الكحول في الدّم وأصيبوا في الحوادث القاتلة قـــد يكون مستوي الكحول في الدم لديهم أقل مـــن مســتوي الكحـــول في دم السائقين البالغين الذين أصيبوا في حوادث مماثلة .هذا علي الرغم من احتمـــال عدم قيامهم بالقيادة بعـــ تعـــاطي الكحـــول ،وذلـــك عنـــد مقارنتـــهم بالبالغين.وعلي ذلك فإن المراهقون الذين يتعاطون الكحول يكونـــوا أكـــثر عرضة لخطر الحوادث بنسبة أعلي من البالغين الذين يتعاطونه،هذا على الرغـــم من النقص الواضح في كمية التعـــاطي (Runyan & Gerken, 1989, Wagenaar. 1983). ،وخطر الموت أو الإصابة بين المراهقين ،يكمـــن في زيادة الخطر الناتج عن عدم استعمالهم لأحزمة المقعد بدرجـــة أكـــبر مـــن المجموعات العمرية الأخرى ، (Williams ,1985).كمـــا أن التشـــريع القانوني الحديث الذي رفع سن حظر تعاطي الكحول علي الأفراد حـــتى ٢١ سنة في ٥٠ ولاية ، قد أدي إلي خفض نسب حوادث السّيارات المميتة بـــين الشباب بنسب تتراوح من ١٠ %إلى ١٥ % (General Accounting Office. 1987)..والأنواع الأخرى من الحوادث بين المراهقين، القاتلـــة أو غير القاتلة، غالبا ما ترتبط بتعاطي الكحول أو العقاقـــير لأخـــرى .فـــهناك افتراض بأن تعاطي الكحول يرتبط بـــ ٤٠ % من المراهق الذيـــن يقومـــون بالقيادة drownings (Howland & Hingson, 1988). كمـــا أن الكحول يرتبط بنسب مئوية كبيرة من الموت الناتج عن قيـــادة الدّراجـــات وكـــن الآلات الخطـــرة (Kraus, Fife, & Conroy, 1987; Newman, 1987). .ويوجد مدي واسع للأنشطة التي من المحتمل تأثرهـــا

بتعاطي الكحول أو العقاقير الأخرى.ولسوء الحظ فإن المراهقون قد يكونوا أكثر عرضة لاستخدام هذه المواد ،وأيضا المشاركة في هذه الأنشطة أو السلوكيات الخطرة(Donovan & Jessor. 1985) ..كما أن التوجه نحو المخاطر يعد مؤشرا قويا للقيادة تحت تأثير الكحوليات .

إدارة غرفة الطوارئ Emergency Room Management

الملكيات المنشّطة للكحول والعقاقير الأخرى يمكن أن تؤثر على الإدراك، والحكم،والتآزر . والحوادث والجراح قد تنتج عن عدم تقييم ومعالجة المواقف الطارئة.وطبقا للشبكة التّحذيرية من سوء استخدام العقار Drug Abuse Warning Network (DAWN) فإن نظام تقارير زيارات الأطفال والمراهقون لغرف الطوارئ المرتبط بتعاطي العقاقير أشارت إلي تردد الأفراد لهذه الغرف وهم في عمر يتراوح ما بين ٦ ،١٧ سنة ،

وذلك بنسبة ٥٨,٨ في ١٠٠,٠٠٠ مع كل أنواع العقاقير (NIDA,1991 ).والمشكلات الناتجة عن التّسمّم من المواد ،أو تناول الجرعة الزائدة، أو الضغوط الجسدية الحادة الناتجة عن كل من الحالتين يكون من المحتمل حدوثها بالتأكيد ولكنها لا تتكرر ،ومن ثم فهي تشير أيضا إلى الحاجة للعناية المركزة .

وعلي الرغم من الدهشة المحتملة الناتجة عن حضور المراهق للعاملين بمجال العناية الصحية لكي يعالجوا من المشكلات الصحية الحادة الطارئة أو الإصابات ،إلا أن المتخصصين في مجال العناية الصحية غالبا ما يواجهوا بموقف أو ظروف تشتمل علي التعلق بالمواد النفسية ، أو مع مراهق غير

متعاون،أو غير واع ، أو بمعنى آخر يعانون من حالة عقلية متوسطة.وهناك حالتان شائعتان تؤدي بالمراهق الذي يستخدم المواد لوضعه في غرفة العناية المركزة ؛وهما الإصابة بالتسمم والتسمم الناتج عن تناول الجرعة الزائدة.إلا أن حدوث حالات الانسحاب من الكحول أو العقاقير الأخرى تكون أقل بصورة عامة بين المراهقين.وبصفة مبدئية فإن دور غرف العناية المركزة أو العاملين في مجال الطب الآخرين هو العمل علي استقرار الحالة وتقديم العلاج المكثف للإصابات أو الآلام الراهنة .والنسب المئوية الدالة المعطاة تشير إلي استخدام المراهقين للمواد والتعلق بها خلال قيامهم بالأنشطة الترفيهية الأخرى،أو أثناء تشغيلهم للسيارات. أو استخدام هذه المواد أثناء العمل،فأي طفل أو مراهق يحضر إلى غرفة الطوارئ وبه إصابات يجب وضع استخدامه للمواد النفسية في موضع شك . ثم العمل علي استقرار الحالة وتقديم العلاج المكثف للمشكلة الراهنة .والعاملين في المجال الطبي يتحققون من شكهم في استخدام المواد النفسية عن طريق فحص الحالة العقلية الشامل، وبحث مستوي التسمم. والعلاج المكثف من التسمم الناتج عن المواد النفسية أو تعاطي الجرعة زائدة.حيث أن مستوى العجز السلوكي يعتمد على وجود عدد من العوامل بالإضافة إلى نوع المادة أو المواد المستخدمة .كما أن تأثير أي مادة من المواد النفسية يعتمد على العمر الزمني ، والوزن، وخبرة المستخدم بها ، وتحمله لها . علي سبيل المثال، عدم تناول الطعام أثناء تعاطي الكحوليات سوف تحدد السرعة التي يمتص بها الكحول وأثره علي المخ .

في جلسات غرفة الطوارئ،لا يحتمل المرضى أي دلائل تشـــير إلي ابتلاعـــهم للمواد في الفترة الأخيرة قبل مجيئهم إليها .وهذا المجهول يشكل عقبة أخــــري في طريق التعرف علي التغير الحادث للحالة العقلية الناتج عن تعاطي المــــواد النفسية أو الإصابات الكائنة .فالمراهق قد يكون فاقد الوعي أو غير مبــال ، أو حتى غير تعاوني. وعلى أية حال، قبل استلام نتائج فحص الــــدم أو درجــة التسمم البولي (سوف يتم مناقشته في موضع تالي ) توجـــد عـــدد مظــاهر السلوكية ،والجسدية الواضحة قد تترك إشارات بارزة ترتبـــط بالخصــائص الأساسية للتعلق بالمواد النفسية

والطرق المبسطة العملية لتقسيم المواد الأكثر شيوعا المساء استخدامها تنحصــر بين (ا) psychomimetic أو المواد المنشطة للنظام العصــــبي المركــزي ( CNS ) و(ب)مهدئات الجهاز العصبي المركـــــزي depressants CNS .والعقاقير المساء استخدامها غالبا ما تحدث إشارات ذاتية تمثل دلائل مهمـــــة لرتبة المادة الواسع. والأعــــراض ال Cholinergic أوanticholinergic أقل شيوعا من حيث ملاحظتها نتيجة لسوء استخدام المواد من قبل المراهقـين، لكن هذه الأعراض المرضية يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار أيضــــا ، التعلــق باستخدام وسوء استخدام المواد النفسية المتعددة polysubstance مــــن قبل الشباب، واستخدام المواد المتعددة البعيدة عن المواد النفسية ،والمؤثــــرات الفارماكولوجية pharmacologic الأخرى قد تعدّل هذا التقدم العام.

خلال التقييم الجسدي الشامل يجب أن يتضمن ذلك تقييم الإصابة ،والفحص العصبي neurologic examination ، وبصفة خاصة عدم استثناء إصابة المخ أو الأمراض. وهناك دلائل مهمة قد تشير إلي وجود العقار،وبصفة خاصة معدل ضربات القلب وضغط الدم.ويجب علي العاملين في المجال الطبي فحص الجلد ممراتneedle tracks أو الدّمامل abscesses خاصة في الأذرع ،والرقبة ،ومساحات الsupraclavicular ، والاربية ،والقدم. كما أن تهيج الجلد في منطقة ما قبل الأنف وما قبل الفم قد يحدث نتيجة استنشاق المهدئات .واحمرار أو احتقان اللحمية ( العيون ) قد يكون علامة علي تدخين القنب الهندي (الماريجوانا).وبؤبؤ العين الصغير جدا Pinpoint pupils قد يكون دلالة علي التسمم بالمنومات بينما يكون بؤبؤ العين الواسع دليلا علي حالة الانسحاب من استخدام المنومات أو المنبهات .كما أن تهيج الأغشية المخاطية Mucosal في الأنف ربما يشير استخدام الكوكايين،كما يجب فحص الفتحات، بما في ذلك التجويف الفمي،والمستقيم، والمهبل من العقاقير المحتمل تعاطيها ،كما يجب إخضاع الاضطرابات المعوية الحادة ( G I ) gastrointestinal distress للفحص الإشعاعي radiographic للتأكد من العقاقير الصغيرة المبتلعة.كما أن وجود اكتشافات حسّية وحركية شاذة خلال الفحص العصبي قد يكون دليل آخر علي استخدام المواد النفسية .

بصفة خاصة لدي المراهقين الذين يعانون من التسمم الغير معـــروف أو مـــن حالة الجرعة الزائدة.فإنه يجب علي الدراسات الأساسية التالية أن تتوصـــل إلي :التحليـــلات الكهربائيـــة ورســـــام القلـــــب الكـــــهربي electrocardiograph(EKC) حيث أن التحليلات الكهربائية ربما تحـدد وجود تغيرات في الأحماض الأيضية metabolic acidosis أو في الأمصـــل المختلفة في التركيب serum osmolarity ناتجة عن تعاطي جرعة زائـــــدة من بعض المواد بينما يحدد رسام القلب الكهربي .Electrocardiography الذبذباتdysrhythmia التي تشتمل علي التوصيل المرجأ الناتج اســـتخدام بعض المواد كالكوكايين أو مضادات الاكتئاب .كمـــا أن الاعتمـــاد علـــى الاكتشافات الفيزيائية الناتجة عن تصوير الصدر بأشـــــعّة أكـــس أو لأفـــلام الأخرى ربما يكون لها دلالة . كما أن المصل أو التسمم البولي قـــد يحـــددان وجود المواد النفسية. ويجب علي الأطباء الحصول على مسح لحالات التســـمم بين كل المرضى. بما في ذلك المراهقون،الذين يعانون من تغييرات غير معروفـــة في الناحية العقلية ، أو الإصابة الناتجة عن ابتلاع مواد غير معروفة ،والتي قـــد تؤثر بدورها على التنظيم بدرجة حادة،والمسح لحالات التسمم يحدد بـــالوقت الذي نحتاج فيه للحصول على النتائج،حيث يوجد نقص في الارتباط الحـــادث بين تركيز العقار والتأثيرات الملاحظة،وخطر النتائج السّلبية الكاذبة ،والنتـــائج الموجبة الكاذبة (Schwartz,1988). وعلى الرغم من هذا،فـــإن" فحـــص

وجود العقار قد يكون مفيدا في مواقف متنوعة تشتمل علي التقييم الطـــارئ والمتابعة التالية بعد علاج سوء استخدام المواد النفسية .

كما يوجد أنواع متعددة من الوسائل لفحص استخدام العقـــار ؛والطريقـــة الأكثر ملائمة تعتمد على الغرض من الفحص والبحث عن وجـــود بعـــض المتغيرات الأخرى المعروفة والغير معروفة Gold,Dackis,1986).وتعتـــبر طريقة التصوير الكروماتي ذو الطبقـــة الرقيقـــة (TLC) Layer-Thin Chromatography من الطرق الشائعة الاســـتخدام في المســـح الطيفـــي الفاصل broad-spectrum screen للعقاقير الموصفة من قبـــل الأطبـــاء وأيضا العقاقير المساء استخدامها .وهذه الطريقة هي أقل الطـــرق حساســـية للكشف عن العقار ،

حيث أنها تتطلب كمية أكبر من العقار لإثبات وجوده أثناء عملية الفحـــص والتقرير بما إذا كان موجبا أو سلبيا ،ولكن بدون تحديد كمي لإيجابية المـــواد .واعتمادا علي مستوى محدد من حساسية التصوير الكروماتي TLC الـــذي يتم في مختبر متخصص ،كما أن سلبية هذا الفحص TLC قد تكون ســـلبية كاذبة ،مع وجود نتائج إيجابية يمكن الحصول عليها بإجراء طرق فحص أكـــثر حسّاسية.

وتعتـــبر الطـــرق المرتبطـــة بـــالتصوير الكرومـــــاتي الغـــازي gas chromatography (GC) ،والتصوير الكروماتي الغازي ـــ لقياس كتلـــة الطيف gas chromatography-mass spectrometry (GC-MS) أكثر حسّاسية ،وبصفة خاصة فإن الطريقة الأخيرة تعتبر أكثر تحديدا ،كمـــا

أنها تتيح الفرصة للحصول على معلومات كمّية وأيضا معلومات نوعية.وعلى أية حال ، فإن هذه الطّرق مكلفة جدا. طرق المناعة Im munoassay ،وبصفة خاصة وسيلة إنزيم المناعة المتعدد الليبيد Enzyme-multiplied immunoassay technique (EMIT), قد أصبح من الطرق الأكثر استخداما ،وربما تكون هي الطريقة الأكثر شيوعا في الممارسة الإكلينيكية .والعديد منRIA التي تستند على عدد من اختبارات العقار المتوفرة والتي تشير إلى وجود عقاقير محددة أو تجمعات من العقاقير.والإكلينيكيين والمتخصصين يمكن أن يحصلوا على هذا العدد بتكاليف منخفضة.فاختبارات المناعة Immunoassays أكثر حسّاسية من TLC لمعظم العقاقير وكما توجد لديها إمكانية للكشف عن مستويات دنيا من الاستخدام .كما أن هذه الطرق يتم استخدامها بصورة محددة مع الاستجابة الموجبة التي تشير إلى أن العقار يكون مطلوبا .وربما يتشابه مع العقاقير الأخرى الموجودة ،وغالبا للحصول على نتيجة صحيحة، فإن النتائج الموجبة على اختبارات المناعة immunoassays يجب أن يتبعها زيادة تأكيد عن طريق الفحص باستخدام وسائل التصوير الكروماتي .

كما أن نوع السائل المستخدم للاختبار يعتمد على الغرض والموقف .ففي المواقف الحادة ،والطارئة ، يحتاج اختبار الدم كالمحتوي للاستخدام الحديث ، فإذا تم معرفة المادة الجزئية أو مزيج من المواد التي تم ابتلاعها ،فإن الطريقة التي تكشف عن نتائج كمية تعد من أفضل الطرق التي تساعد على التوصل للاكتشافات الإكلينيكية المرتبطة بمستويات الدم للمادة النفسية . وبالنسبة

للفحص الروتيني ،فإن طريقة الفحص الحساسة النوعية مثل RIA ،قد تعطي نتائج عن وجود أو عدم وجود عقار معين ،كما أن البول يعد من أكثر السوائل الجسمية الشائعة الاستخدام للكشف عن العقار .وللتأكد من ثبات النتائج يجب الحصول علي مجموعة من عينات التشخيص.فكثير من المراهقون ممن يسيئوا استخدام المواد النفسية ،يضمنوا بوضوح وربما يرغبون في غش أو استبدال العينات التشخيصية لكي يتجنبوا النتيجة الموجبة التي تدل علي استخدامهم لهذه المواد .فعينات البول يجب أن يتم الحصول عليها تحت إشراف بصري مباشر من قبل الموظفين المسؤولين كما يجب عليهم عدم ترك حاوية العينة بعيدا عن الأنظار سواء كانت فارغة أو ممتلئة في أي وقت من الأوقات .ويجب إعطاء التحذير في حالة إعاقة أو الاعتراض علي نتائج فحوصات العقار الموجبة.كما أن وجود اختبار موجب واحد لا يعني بالضرورة علي أن المراهق مسيء استخدام المواد .وهذا علي الرغم من أن فحص العقار لا يكون مفيدا في عملية التشخيص،ولكن يجب استخدامه في تأكيد التقرير الذاتي للمراهق عن سوء استخدامه للمواد .و استخدام فحص العقار يكون هاما وبصفة خاصة خلال عملية المتابعة بعد بداية العلاج.ولأغراض استخدام إجراءات هذا الفحص ،يجب علي الإكلينيكيين ،والوالدين، والبالغون الآخرون الذين يشكلون أهمية للمراهق أن يعرفوه بتوقع الفحص العشوائي للعقار لفحص الشكوى مع العلاج وأيضا للتأكد من الامتناع عن سوء الاستخدام للمواد النفسية .وقبل الاختبار ،يجب علي والدي المراهق أو أحد القائمين عليه أن يحددوا نتائج " تلوث البول " (علي

سبيل المثال،إعطاء معلومات أساسية عن أنشطته الخارجيـــة في فـــترة زمنيـــة محدّدة).ورفض إعطاء العينات يجب اعتباره نتيجة موجبة.

## التأريخ

إذا كان المراهق واعي وقادر التواصل،مع الأطباء فيجب محاولة إيجاد تـــأريخ مفصل بقدر الإمكان .ويجب أن يشتمل هذا التّأريخ علي أنواع المواد الـــتي تم ابتلاعها ،وما هو الوقت المستغرق منذ عملية الابتلاع وحتى المقابلة.وما هـــي الكمية التي تم ابتلاعها .ويجب أن يكون الشخص المقابل هادئـــا ومســـاعد للمراهق والتشديد علي أهمية أو ضرورة التزويد بالمعلومات للعـــلاج الطـــبي لأقصي حد ممكن .وهذا الإحساس بالأهمية الطبية تقلل من المقاومة والإنكـــار المحتمل من قبل المراهق. إذا سمح الوقت .فيجب علي المقابل أن يأخذ فرصـــة كاملة من هذه الفترة لزيادة التعاون ويحصل على تأريخ كـــامل لاســـتخدام المواد النفسية .وإذا كان المراهق من النمط المقاوم، أو غير واعـــي، أو حالتـــه العقلية لست مناسبة .فيجب علي أعضاء الهيئة الطبية طلب معلومات مشـــابهة من الأشخاص الآخرين المحيطين بالفرد ،بما في ذلك الأصدقاء أو أفراد الأســـرة. هذه المقابلات يجب أن تجري في غرفة منفصلة وبعيدة عن المريض.

وهناك تحذير مهم يتمثل في عدم الافتراض بأن ابتلاع أو تناول الجرعة الزائـــدة كان عرضيا أو نتيجة للاستخدام الترفيهي للمواد .كما يجب علـــي أعضـــاء الهيئة الطبية تقييم ظروف احتمالية وجود السلوك الانتحاري ،ويشتمل ذلـــك علي الاستفسار بشكل محدّد عن ملابسات السلوك الانتحاري بقدر الإمكـــان من قبل أو الخطة المصممة من قبل المراهق ،وتقييم الأفكار حول عوامل خطـــر

انتحار المراهق.وعوامل الخطر هذه تشتمل علي وجود الاكتئاب الذهاني ،وسوء استخدام المواد النفسية ، ووجود محاولات انتحار سابقة في العائلة . (Brent et al.,1988)

## الانسحاب

تقرح دراسات التراث السابقة بوجود علامات ظاهرة ومحددة،للانسحاب من المواد التي تؤدي إلي أعراض الاعتماد الفسيولوجية من المواد النفسية وهي غالبا ما تكون نادرة الحدوث بين المراهقين (Vingilis & Smart.1981). ،وعلى الرغم من هذا،يجب علي أعضاء الفريق الطبي ان يأخذوا في اعتبارهم احتمال حدوث انسحاب من الكحول، خاصة عندما تحمل تقارير المراهق في طياتها مستويات متطرّفة من تعاطي الكحول والتي تعبر عن نفسها في صور كمية، هي تكرار مرات التعاطي ،وطول مدة التعاطي ،والتأريخ الماضي لأعراض الانسحاب حتى ولو كانت هذه الأعراض بسيطة .وتأريخ استخدام المنوم أو البربتيوريتات ( أو أي تأريخ لاستخدام المواد المهبطة sedative أو المنشطة hypnotic أو " downers " ) .

وهذا سوف يجعل الإكلينيكيين يقومون بملاحظة هذه الأعراض الانسحابيه المعنية . وبصفة خاصة بين المراهقين الأكبر سنًا في الأماكن الحضرية .أو بين المراهقين من خلفيات اجتماعية واقتصادية متدنية .كما أن الدلالات والأعراض المميزة للانسحاب من المنومات (الأفيون) يجب أن تواجه بإجراءات ملائمة .(أحيل القارئ إلي مكان آخر للمناقشات الأكثر تفصيلا عن الإجراءات الطبية لأعراض الانسحاب) ( انظر ,Ciraulo & Shader

1991). وهناك قليل من الفروق الواضحة في إجراءات الانســـحاب لـــدي المراهقين عند مقارنتهم بالبالغين. ويجب علي الإكلينيكي أن يكون مدركا بـأن هناك احتمال بأن المراهق قد أخبر أعراض الانسحاب لأول مرة، نتيجة لزيـادة الضغوط الذاتية. والمدمن الصغير قد يكون أكثر مقاومة من المدمنين الأكـــبر سنا وذلك فيما يتعلق بطبيعة أو مدى أنماط الاستخدام.

## الخطر والعدوى بمرض فقدان المناعة HIV، Risk and Infection

إن استخدام المواد النفسية، وضعف الحكم، والسلوكيات الخطرة المتعددة. بمـا في ذلك نضوج النشاط الجنسي المبكر، من قبل المراهقين والذي يبـــدأ عـــادة باستخدام اليد (مزاولة العادة السرية). كل هذه العوامل وارتباطها باســـتخدام العقار عن طريق الحقن الوريدي بعد استخدام الحقن من قبل فـــرد مصـــاب بفيروس نقص المناعة الوبائي، كل هذه العوامل تؤدي إلي الإصابة بهذا المـــرض human immunodeficiency virus (HIV)، وبالتالي فـــالمراهقين الذين يسيئوا استخدام المواد النفسية، أو المدمنون لها يكونوا أكـــثر عرضـــة لاكتساب أعراض مرض فقدان المناعـــة المكتســـب ( الإيـــدز AIDS )، وعلي الرغم من أن المراهقين يشكلون نسبة مئوية صغيرة من مجمل الحـــالات المصابة بالإيدز، إلا أن هناك فترة كمون طويلة للإصابـــة بـــالإيدز وحـــتى هجوم المرض (علي سبيل المثال بالنسبة للذكـــور حـــوالي ١٠ ســـنوات) والنسبة العالية لحدوث للإصابة بالإيدز بين البالغين الصغار من الرجال تعـــني أن العديد منهم يكونوا عرضـــة للإصابـــة بـــه وهـــم في ســـن المراهقـــة

مراكز السيطرة على المرض .Centers for Disease Control 1992).والآلاف من المراهقين يكونون عرضة للإصابة الإيدز ،وأكثر من ٧٥,٠٠٠ قد اعتبروا من المصابون بالإيدز (مراكز السيطرة على المرض Centers for Disease Control. 1992).

ويجب أن يكون قرار اختبار الإصابة بالإيدز مستندا على وجود عوامل خطر محددة مثل استخدام العقار عن طريق الحقن الوريدي ( IV ) intravenous. وبصفة خاصة ،وجود خطر السلوك الجنسي،وممارسة الجنس مع أفراد مصابون بهذا المرض أو أولئك الذين لديهم استعداد كبير لخطر الإصابة به. وهذا لا يشير بالضرورة إلي أن المراهق الذي يسيء استخدام المواد النفسية يزداد معدل الخطر لديه للإصابة بالإيدز.

## خطر إصابة الشاب بمرض بالإيدز

علي الرغم من أن نسبة المراهقون المبلغ عنهم بأنهم مصابون الإيدز AIDS\HIV لا تتعدى ١ ٠./٠من الحالات ،إلا أن هناك العديد من المراهقين المصابون في سن المراهقة ولكن هذه الإصابات لا تظهر بشكل صريح إلا في سن الرشد بسبب طول فترة احتضان هذه الفيروسات (Bacchetti & Moss, 1989). وعلي المستوي المحلي تعد الإصابة بالإيدز السبب الرئيسي الثاني في إحداث الموت خلال عام ١٩٩٠ بين الرجال في سن من ٢٥ إلي ٤٤ سنة ( المركز الوطني لإحصائيات الصّحة، National Center for Health Statistics, 1993)،كما أن هذا المرض قد أصبح

السبب الرئيسي لحدوث الموت بين البالغين الصّغار في العديـــد مـــن مـــدن الولايات الأمريكية (Selik, Chu, & Buehler, 1993).كما أن هنـــاك ما يقرب من ٨٠ ٪ من المراهقين قد أصيبوا خلال الممارســـات الجنســـية أو استخدام العقار عن طريق الحقن الوريدي.وهناك بعض المجموعات الفرعية مـــن المراهقين الذين لديهم خطر عالي للإصابة بهذا المرض هـــاربون، أو يعملـــون بمهنة الدعارة ،أو من مستخدمي الكوكايين المقطر، أو من مستخدمي العقاقـــير عن طريق الحقن (St. Louis et al., 1991). وبين الجماعـــات العرقيـــة والمجموعات العنصرية الأمريكان الأفارقة والتجمعات الأســـبانية Hispanics يوجد حوالي ٧٥ ٪ من كل الحالات المنومة بالمستشفيات الـــتي تعـــاني مـــن الإيدز (Selik, Castro, & Papparoanou, 1988).وبالنسبة لحـــالات الإيدز المرتبطة بسوء استخدام العقاقير عن طريق الحقن الوريدي،فإن الأفارقـــة الأمريكـــان والأســـبان يمثلـــون ٥١ ٠/٠، و٣٠ ٠/٠ علـــى التـــوالي (Mascola et al., 1989).كما أن الشباب الذين ليس لهم حظ في التعليـــم أو المسربون منه يكون خطر إصابتهم بالإيدز عالي في الولايـــات المتحـــدة (St. Louis et al., 1991).وفي مناطق انتشار هذا المرض مثل الأمـــاكن الواقعة في وسط المدن، حيث تزداد سلوكيات المخاطرة وبالتالي تزيـــد مـــن خطر الإصابة بـــه (D'Angelo, Gretson, Lùban, & Gayle, 1991).كما أن نشاط المراهقون جنسيا يزيد من نسب إصابتهم بـــالأمراض المنتقلة عن طريق الجنس (Cates,1990).كما أن الاتصال الجنســـي غـــير

المحمي قد أقر به ما يقرب من نصف المراهقين خلال مرحلة المراهقة ( مراكــز السيطرة علي المرض Centers for Disease Control, 1992). كما أن انتشار الإصابة بالإيدز خلال القيام بالجنسية الغيرية ،يؤدي إلي زيادة نســب حالات الإصابة به بين الشباب أكثر من المراهقــين Vermund et al, 1989).. كما أن البغاء من قبل الأنثى المراهقة التي تسيء اســتخدام المــواد النفسية .تزيد أيضا من خطر الإصابة بهذا المرض. والذكور اللوطيون الصغــار غالبا ما يقومون بأفعال جنسية منتظمة خلال المراهقــة المتوســطة وبالتــالي يكونوا أكثر عرضة للانشغال بسلوك المخاطرة الزائد ، كالفشل في اســتعمال الواقيات الجنسية والانشغال في الأفعال الجنسية الشّــرجية ، (Perkower, Dew,& Kingsley;Valdiserri et.,al.,1988) والمراهــق الــذي يستخدم العقار المقطر Adolescent crack users يظهرون مســتويات دالة من السلوكيات التي تضعهم في خطر الإصابة بهذا المرض بمــا في ذلــك خطر الســلوكيات الجنســية العنقوديــة ، (Fullilove et,al.,1993).
كما أن استخدام المواد النفسية يرتبط بسلوكيات تشتمل علــي الانشــغال بالاتصال الجنســي تحــت تأثــير العقاقــير أو الكحوليــات والمبــادلات الجنسية المحببة والعقاقير أو النقود ( لشراء العقاقــير ).ومــن العوامــل الــتي تزيد من خطر الإصابة بمرض الإيدز بين المراهقين المشردين تلك التي تشــتمل علي خطر السلوك الجنسي الشائع بينهم بدرجة كبيرة ،وزيــادة مســتويات تعاطي العقاقير بينهم عــن طريــق الحقــن ،وســلوك الجنســية المثليــة ،

والدحول إلى المناطق الموبوءة بهذا المرض وحيث يمارس الجنس مع أفراد حاملين له ،و ستخدام العقاقير عن طريق الحقن الوريدي بعد استخدامهم له ، كل ذلك يساعد علي انتشاره بسهولة ،( Rotheram-Borus, Koopman, & Fhrhardt. 1991.وهناك افتراض بأن ٤ ٠/٠ من المراهقين المشردين مصابون بهذا المرض.( Rotherim-Borus et al.,1991). ومعدل الإصابة تكون مرتفعة بمقدار الضعف عند مقارنتهم بالعينات الأخرى من المراهقين .

إن الخطر الزائد المعطي عن إصابة العديد من المراهقين ممن يسيئوا استخدام المواد النفسية بمرض الإيدز، قد جعل برامج العلاج أو التدخل في حاجة لأن تأخد في اعتبارها خطر هذا المرض كجزء مهم في البرنامج، (Kipke, Futterman, & Heim, 1990) ،وفي إجراءات التقييم. كما أن الإكلينيكيين في حاجة لتقييم خطره وذلك عن طريق التقييم السري الكامل لكل سلوكيات المخاطرة الزائدة التي تشتمل علي السلوك الجنسي، والتأريخ الطبي وبالطبع، سلوك استخدام العقاقير،وبصفة خاصة عن طريق الحقن الوريدي والمشاركة في استخدامها بإبرة واحدة .وهذه المعلومات قد يتم الاستعانة بها لتمييز وتهيئة المراهقون لتلقي الخدمات الملائمة . وبالنسبة للقاعات كل المراهقين فإن معيار زيادة الخطر المحدد ( وهذا يتضمن معظم الشباب من العينات المحددة )لابد من إجراء فحص الإصابة بمرض الإيدز كإجراء استكشافي ومسبق للقبول وتقديم الإرشاد counseling.والمراهقين الذين يتم تميزهم علي أنهم حاملين لهذا

المرض يجب إحالتهم لتلقي العناية الطبية المتخصصة الملائمة ومتابعة حالته ،كما يجب علي أعضاء الهيئة المعالجة أن يحفظوا حالة المريض بهذا المرض بحيث تكون سرية. لكن سوء الحظ،إن عدم كتمان هذه الأسرار تكون شائعة من قبل الموظفين أو الأقران الذين يتلقون العلاج .كما أن ممارسة التحذير العالمي من المرض المعدي خلال البرنامج يجب أن لا تؤكد علي الحاجة للعلاج المتخصص لأن ذلك يؤدي إلي تمييز حالة المراهق المصاب بهذا المرض.كما يجب القيام بإجراء تدريبات مكثفة وشاملة لأعضاء هيئة العلاج عن المرض لتوضيح أساسيات التقليص من انتشاره وتقديم الخدمات بأقصى حد ممكن للشباب الذين يعانون منه أو الذين يعانون من خطر الإصابة به.وعلى الرغم من الفحوصات الموجبة لهذا المرض والتحسن النهائي الضعيف لهؤلاء الأفراد، فإن علاج سوء استخدام المواد يجب أن تستمر .والأفراد الحاملون لهذا المرض قد يعيشوا سنوات عادية من حياهم المحدودة إذا توافرت إمكانية تحسين طرق العلاج من هذا المرض التي قد تستمر لمدة أطول.ونجاح العلاج يرتبط أيضا بمشكلات خاصة بأفراد المجتمع ككل تتمثل في إمكانية خفض انتقاله من خلال التقليل في استخدام العقار عن طريق الحقن بالوريد وزيادة الخطر المرتبط بالعقاقير والسلوكيات الجنسية .

وبالنسبة لكل المراهقين في برامج الوقاية أو العلاج،فإن التربية والمعلومات التي تدور حول المرض وخطره تكون أساسية . يجب أن تزود البرامج الفرد بمعلومات ملائمة حول الإصابة به ،وانتقاله ،والوقاية

منه .كما يجب التأكيد على تحسين الوقاية من الخطر وتمييز السلوكيات الممكنة التي تؤدي لزيادة الخطر خلال أدوار وأسلوب حياة المراهق.كما يجب النصح والتشجيع علي عدم القيام بالنشاط الجنسي ،ويجب أن تشتمل البرامج علي عرض مناقشات واضحة عن الممارسات الجنسية الآمنة ،ويشتمل ذلك علي التعليمات والتوضيحات عن الاستخدام الصحيح للواقيات الجنسية وأيضا طرق تجنب حالات الخطر الزائد كالاغتصاب،واستخدام المواد النفسية التي تؤدي إلي ضعف الحكم وعدم الكف عن هذه الممارسات ،كما أن تعديل المعرفة والمعتقدات حول مرض الإيدز قد تؤدي إلي خفض السلوكيات التي تؤدي إلي زيادة خطر الإصابة به ، والتي تشتمل علي استخدام العقاقير والممارسات الجنسية الغير آمنة Jemmott, Jemmott, & Fong, 1992; Schinke, Gordon, & Weston, 1990). وأخيرا يجب علي الإكلينيكيين وبرامج التدخل أن تستهدف أيضا المشاكل التي تقبع خلف حدوث أو تزيد من خطر حدوث هذا المرض كالسكن، والحاجات الاقتصادية ،والصحة النفسية ،ووضع المجتمع (Rotheram-Borus et al., 1991) فإذا ما انشغل المراهقين بمثل هذه القضايا وغيرها،فمن المحتمل أن لا يهتموا بإمكانية خطر التلوث بمرض قد يكونوا مسؤولين عن تطوره والذي يؤدي للموت خلال سنوات في المستقبل.

## تأثيرات ونتائج سوء استخدام المواد النوعية

إن فهم التأثيرات الفارماكولوجية الأساسية للمواد النفسية النوعية المساء استخدامها وطرق التعامل معها ، والتأثيرات الصحية الحادة والمزمنة لهذه المواد يعد مطلب ضروري لوضع الأساس والعلاج الطبي الأمثل للمراهقين الذين يستخدمون أو يسيئوا استخدام هذه المواد ،كما أن المواد النفسية التي يساء استخدامها قد تستخدم أو يساء استخدامها من قبل الفرد ليجوب الآثار النفسية الحادة لها ،والاعتماد على الخصائص الفارماكولوجية لهذه المواد ،واستخدامها مع مجموعة أخري من المواد ،كمية ،وتكرار عملية الاستخدام ، وعمر المستخدم ،والخط القاعدي لحالته الجسمية ؛واستخدام المواد يمكن أن يؤدي عدد من النتائج الطبية والجسدية المتنوعة الحادة ،وشبه الحادة ،والمزمنة.ويعتبر المراهقين من أكثر الأفراد المبتدئين ، أو ممن يسيئوا استخدموا هذه المواد وليست لديهم الخبرة الكافية بها ،وتوضيح التأثيرات الأكثر ضررا المرتبطة بالمواد قد يرسب مستويات أكثر تطرفا من الاضطرابات،التي تشتمل علي القلق والهياج.

والمناقشة التالية للمواد النفسية المحددة لسوء الاستخدام هو توليفة من المعلومات أخذت من عدد من المصادر بما في ذلك جودمان Goodman وجيلمان Gilman.

(Balfour 1990; Gilman, Rall, Nies, & Taylor. 1990; Jacobs & Fehr, 1987).

ويجب علي القارئ الجروع إلي هذه المراجع للمزيد من المعلومـــات حـــول سوء استخدام الفرد للمواد النفسية والخصائص الفارماكولوجية لها ،والنتـــائج الطبية والنفسية النوعية التي يتم استخدامها.

## الكحول

الكحول الإثيلي أو الإيثانول ethanol هو أكثر المواد النفسية المســتخدمة على نحو واسع من قبل كل من المراهقين والبالغين.كما أن تاريخ اســتخدامه قد يرجع إلي البدايات الأولي للوجود الإنساني.ومنذ وقت طويل أصبح جـزء محوري من الحياة الاجتماعية والدّينية والتراث الحضاري المتنوع، بما في ذلـك التراث الأكثر حداثة.والإيثانول ،أو الكحول،كما اعتدنا علي تسميته هـــو مركب الإيثانول والمنتجات الروحية التي تحتوي عليه ،وهو مـــادة نفســية طبيعية تنتج من اختمار الحبوب المتنوعة أو الفواكه بالخميرة. بينما التّطوّر الطّبيعي لتركـــيزه من البسيط إلي المعتدل تؤدي إلي وجود أنواع مختلفة من الخمور ،كالبيرة والنبيذ،ويمكن زيـادة محتوى الكحول بشكل صناعي أو تركيزه خلال عمليات التقطير المتعـــددة لإنتـــاج أرواح أو سائل النبيذ القوي .وعموما تحتـــوي البـــيرة علـــي نســـبة كحـــول مـــن ٣ إلى ٦ ٠/٠؛ والنبيـــذ مـــن ٥ إلى ١٥ ٠/٠،والســـوائل كالويســـكي، والفودكـــا ،والإســـكتلندي، وغيرها ،من ٤٠ إلى ٥٠ ٠/٠.. وحصة كل شراب (المكونة من : زجاجة البـــيرة، وقدح النبيذ،طلقة الويسكي ) تحتــــوي علـــي كميـــات مكافئـــة تقريبـــا مـــن الكحول،وغالبا ما يقدم في شكل الشراب،كما إنه متوفر ويمكن الحصـــول عليـــه بسهولة في كل أنحـــاء الولايـــات المتحـــدة تقريبـــا ،كمـــا أنـــه متـــاح للشـــراء

الاستهلاك قانونا من قبل البالغين في سن ٢٠ سنة، والكحول يمتص بشكل سريع ويمكن ملاحظة تأثيراته خلال ١٠ دقائق تقريبا ،والتأثيرات النفسية أو مستوى التسمم هو التوافق العام لمستوى الكحول في الدم والذي يعتمد على كمية ومعدل استهلاك الكحول،والطعام الذي يحتوى بصفة خاصة علي نسبة عالية من البروتين ، التداخلات في عملية الامتصاص.وبدون الحصول علي جرعات متكررة أو المشروبات ـ التأثيرات القياسية " للشراب " ( حولي ٦٠,.أونس كحول مطلق ) التي يدوم تأثيرها حولي ساعة ما لم يؤخذ شراب إضافي ،ويصنف الكحول علي أنه مهبط للجهاز العصبي المركزي.وعلى أية حال،كلما ارتفعت مستوياته في الدم ،استشعر المستخدم باستثارة التأثيرات المهبطة بوضوح علي حسب الزيادة أو الانخفاض لمستوي الكحول في الدم.والمستوي الأمثل له في الدم يكون بنسبة أقل من ١٠٠مج / مل mg ml/ وربما تكون التأثيرات النفسية أقل .وعندما يقترب مستوى الكحول في الدم ويزيد عن ١٠٠ mg/ml قليلا لدي مستخدم عدم الخبرة،فإن تأثيرات الكحول تشتمل علي التخدير البسيط ،ونقص القلق، وزيادة في عدم الكف الاجتماعي،وباستمرار زيادة مستوى الكحول في الدم لأعلي من ١٠٠ mg/ml يؤدي ذلك لحدوث عجز في المهارات الحركية البصرية،والتآزر ،وتكامل الإثارة الحسية وفي معالجة المعلومات ، كما أن المستويات العالية منه في الدم تؤدي إلي مستويات متزايدة من تخدير وكف الجهاز العصبي المركزي CNS

وحموله، كما يوجد احتمال لحدوث الذهول ،والغيبوبة بارتفاع مستوي الكحول في الدم لأكثر من ٣٠٠إلى ٤٠٠ mg/ml.

كما أن النتائج الجسمية الحادة يمكن أن تشتمل علي الالتهابات المعوية الحادة المصحوبة بالغثيان والقيء، وخاصة بالنسبة للمستخدم الجديد، كما أن العجز في الوظائف المعرفية والبصرية الحركية ،والحكم قد يؤدي إلي وقوع الحوادث،والإصابات ، والموت.

والاعتماد الجسدي أو جود الأعراض الإنسحابية نادرة الحدوث بين المراهقين.وعلى أية حال، توجد احتمالية بحدوث ظاهرة الانسحاب المعتدل،وبصفة خاصة لدي الأفراد من نمط مفرط التعاطي أو بعد حضور حفلات التعاطي الشديد ،وعموما،فإن التوقف عن الاستخدام يؤدي إلي ظهور الأعراض بعد ست ساعات من التوقف وعدم استخدام لكحول،والأعراض البسيطة التي قد تظهر تتضمن الاهتزاز بعنف shakiness والرعشات،والعرق،والأرق restlessness.،بينما تتميز الأنماط الانسحابية الأكثر شدة بالنشاط الزائد اللاإرادي ،(مثل زيادة معدل ضربات القلب وارتفاع الضغط ) والهياج.

ونادرا ما يشعر المراهقين بالنوبات،والهلاوس ، أو ضلالات العَظَمة التي من المحتمل ملاحظتها بين مستخدمي الكحول بدرجة شديدة ولمدة طويلة ،وقد تشمل أعراض الامتناع عن التعاطي لمدة طويلة علي زيادة في المزاج المكتئب وأعراض الهياج العصبي neurovegetative ،والقلق،وعلي الرغم من ذلك فإن وجود أعراض الامتناع عن التعاطي المزمن لمدة طويلة مازال يثار الجدل

حوها ونتيجة لشيوع استخدامه ،فإنه يستخدم بشكل متكرر مع المواد النفسية الأخرى،كما أن تأثيره قد ينشط أو يسهل تأثيرات هذه المواد ، وقد ينشط الكحول الأثر المهبط للمواد المنومة أو التخميد المسكن والنتيجة الزيادة في فترة التعلق بالتسمم، كما أن استخدام الكحول مع الماريجوانا والمنشطات قد يؤدي إلي القلق.والتأثيرات الحادة للاستخدام المتعدد من المواد polysubstance غالبا ما تعتمد على نوع، وكمية، وتوقيت الاستخدام والذي يتغير بتغير الأفراد المستخدمين .والمستخدم عديم الخبرة كالمراهق، يكون أكثر احتمالا لمعايشة التأثيرات العكسية لاستخدام المواد المتعددة

وعلي الرغم من أن التسمم الحاد للمراهق عادة ما يكون نادر الحدوث، إلا أنه يجب علي الإكلينيكي إدراك تركيز كمية الكحول في الدم ( BAC ) وبالتالي فإن مستويات التركيز العالية للكحول في الدم BAC يمكن ملاحظتها من خلال جهد اكبح التنفس .

## الماريجوانا (القنب الهندي)

الماريجوانا أو القنابيات sativa, أو نبتة القنب، تنمو بطريقة برية في مناطق كثيرة من العالم وتستخدم أليافها الصلبة وأيضا قرونها لخصائصها النفسية .والمكون الأساسي المنشط أو القنا بي cannabanoid هو دلتا — ٩— هيدروقنابيول الثلاثي THC tetrahydro-cannabinol الموجود بتركيز كبير في الأوراق والنبتات المزهرة من شجرة الماريجوانا.وهذه الأجزاء من تلك النبتة يمكن جمعها ووضعها في الطعام أو الشراب أو تجفيفها

وتدخنها بعد ذلك في البايب أو في السجائر، والحشيش، وجد بشكل أصلي داخل منطقة الشرق الأوسط ،ويتم استخلاصه من الإفرازات المركزة لنبتة الحشيش. هذه الإفرازات تجفف ثم يتم تشكيلها علي هيئة كرات balls أو جدائل يتم عادة تدخينها بعد ذلك .وهناك طرق منوعة لتركيز مكون الهيدروقنابيول الثلاثي THC.ويعتبر التدخين هو الشكل الأكثر شيوعا لاستخدامه والحصول علي تأثير سريع وأكثر فعالية،وهذه التأثيرات تحدث خلال دقائق ،وتصل إلي ذروتها خلال ٣٠ دقيقة، وقد تدوم لبضع ساعات ،كما أن تمثيل هذه المادة يمكن ملاحظته في بول المتعاطي مباشرة بعد مرور ساعة من استنشاقه ،ويحتمل ملاحظة هذه التأثيرات لمدة شهر واحد نتيجة تخزينها في النسيج الدهني .

إن التأثيرات النفسية للقنب الهندي تتغير وتعتمد على عدد العوامل.التي تشتمل علي استخدامها ،وتركيز المادة المنشطة منها THC ،وحالة وتوقعات وخبرة المستخدم ، والتأثير الأكثر شيوعا لهذه المادة هو الغبطة والإحساس المعتدل بالصحة الذي يؤدي إلي هدوء واسترخاء المستخدم ، ويقر كثير من المستخدمين بأن الوقت يمر ببطيء وبأنهم يحصلون علي نفاذ البصيرة والحساسية العالية للمثيرات الحسية. وردود أفعال متناقضة مناسبة في الإدراك البصري والسمعي، وفي تخيل الجسم، وعمليات التفكير،أما التأثيرات الأخرى قد تشتمل علي تقلب المزاج ، وسرعة الأفكار أو تجزئتها وتغير في صورة الذات.والفزع والقلق الحاد كرد فعل لاضطراب الأفكار أو الإدراك هو رد فعل شائع وعام ،وبصفة خاصة بين المستخدمين عديمي الخبرة

كالمراهقين .والقنب الهندي قد يـؤدي إلى الانخفـاض في التذكـر القصـير المدى. كما أن الجرعات الزائدة منه قـد تـؤدي إلي تشـويه دال في الإدراك وفقدان تحديد الهوية الذاتية، والهلاوس الشديدة الوضوح.والجرعات الكبـيرة جدا منه يمكن أن تؤدي إلي الاختلال العقلي الناتج عن التسـمم أو الهذيـان بأعراض الهياج والتشوش،وعدم التوجه ،والتأثـيرات الفسـيولوجية للقنـب الهندي تكون بسيطة نسبيا ،وتشتمل على الزيادة المعتدلة في معدل ضربـات القلب وضغط الدم ،كما يؤثر التسمم بالقنب الهندي على التآزر ،وزمـن رد الفعل، والمقدرة علي الإحساس بالوقت.والسرعة،والمسافة.وهذا العجز يـؤدي إلى وقوع الحـوادث.وبصفـة خاصـة أثنـاء عمليـة تشـغيل الآلات أو السيارات. كما يتدخل التسمم أيضا مع الوظائف المعرفية وخفـض الانتبـاه ،والتذكر القصير والفوري ،والطويل المدى ، والاستخدام المتكرر يـؤدي إلي حساسية العينان والأغشية المخاطية التي تشتمل علي الجزء العلوي من الجـهاز التنفسي .بينما تشتمل التأثيرات الطويلة المدى للاستخدام المزمن لهذه المـادة علي انخفاض في أعداد الحيوانات المنوية ومسـتويات هرمـون التستسـترون testosterone.والحساسية الشعبية وbronchoconstricicton. ووجـود عرض الدافعية نتيجة للاستخدام المزمن وبدرجة كبيرة للقنب الهندي مـازال موضع جدل

والمعالجة الطبية الحادة من القنّب الهندي يجب أن تكون بعنايـة .فـإذا كـان المراهق في حالة هياج أو يستشعر وجود الأعراض الذهانية ،فيجـب توجيـه هذه المعالجة نحو خفضها عن طريق السيطرة على المثيرات المحدودة أو إعطائـه

مجموعة من الأدوية كالبنزوديازيبين benzodiazpines أو الهالوبريدول haloperidol .

## المهلوسات

المهلوسات عبارة عن مجموعة متنوعة من المواد غير المرتبطة في الغالب ويكون لها القدرة علي تحريف إدراك الفرد للعالم الواقعي .ومن الأمثلة البارزة للمواد المهلوسة lysergic acid diethylamide or LSD و phencyclidine (PCP) والمسكلين mescaline الذي يوجد في صبار peyote ،و psilocybin/psilocin، الذي يوجد في عش الغراب من نوع psilocybe ، وعدد متنوع من المواد المصنعة من الأمفيتامينات amphetamines التي تشتمل علي -٤ ميثيل ،-٢,٥ دميثكسي أمفيتامين DOM ( dimethoxyamphetamine )،٣,٤ ميثيلينيدميثكسي أمفيتامين ) methylenedioxyamphetamine MDA ، (DOB-٤ bromo-2,5-dimethoxyampheta-mine), و MDMA-٣،٤) methylenedioxymethamphetamine)

والتعامل الفمي للمهلوسات هو الأساس في عملية استخدامه ،بالإضافة إلي التناول الأنفي أو الاستخدام عن طريق الحقن بالوريد علي نطاق ضيق جدا ،وخاصة بين المراهقين.وهناك عدد من الأمثلة للمواد الطبيعية التي تحدث المهلوسات كجزء من بعض النباتات.فالمسكلين مكون منشط للمهلوسة يستخلص من صبار البيوت peyote الذي يوجد في الجنوب الغربي southwestern من الولايات المتحدة، وهذا النوع من الصبار قد يؤكل أو

يجمع ويتم سحقه علي شكل مسحوق ،والمسكلين يتم إنتاجه أيضا بشـــكل صناعي، وكل مـــن مـــادة البسيلوســين ،والبسيلوســيين Psilocybin وpsilocin وما يرتبط كيميائيا بعقار الLSD ،تكون من المكونات النشطة في عش غراب البسلوسيب psilocybe.،أما عشب جيمســـون Jimson الضار ،والتي تعرف أيضا علي ألها عشبه الجنون أو عشبه الشـــيطان الضـــارة تحتوي علي الأتروبين والسكوبولامين scopolamine. وعلي الرغم مـــن الاستخدام المتكرر بشكل كبير لهـــذه النبتـــة إلا أن لهـــا تأثـــيرات مضـــادة للكولاجين ،anticholinergic وهذا قد يؤدي إلى نتائج طبيـــة شـــديدة الخطورة .

والمكونات الصناعية تمثل أكثر المهلوسات استخداما .فعقار ال LSD يتـــم ابتلاعه بشكل عام أما في محلول مع السوائل الأخرى أو يتم مصه مـــن علـــي قطعة ورق نشاف أو إضافته لمكعب من السكر ،أما عقـــار ال PCP .فـــإن استخدامه يكون أكثر تغييرا ويشتمل علي الابتلاع الفمـــي أو الاستنشـــاق لداخل الأنف ،أو الحقن عن طريق الوريد IV ،أو خلطه مع عدد من المـــواد الأخرى كالتبغ أو القنب الهندي لتدخينه .وبالنسبة للعقاقير DOB. DOM ،MDA ، وMDMA كالمواد التركيبية الأخرى من المواد النفســـية الـــتي تنتج بشكل سري،فهي تختلف إلي حد كبير باختلاف نقاوتهـــا، وفعاليتـــها ، وتأثيراتها .وهذه المواد قد تنتج وتستخدم في شكل أقراص، وكبســـولات، أو علي شكل ورق نشاف.

وطبقا للاختلاف في نوع وكمية العقار،فإن التأثيرات النفسية والفسيولوجية قد تتغير هي الأخرى . وتتميز حالة الهلوسة عادة بالتناوب في التوجه الإدراكي للزمن ،والمسافة،والاتجاه ،وتشوهات الإدراك ،مثل المقدرة على " رؤية "الأصوات أو ' سماع " الألوان، والهلاوس البصرية الصادقة، والتأكيد على الخبرات الإدراكية ،والتغيرات المزاجية خلال استخدام المهلوسات تتغير إلى حد كبير من المزاج السار المبتهج إلى المزاج الكئيب الحزين ويتبع ذلك احتلال الآنية Depersonalization وفقدان الواقع , derealization والأوهام،وقد يؤدي تشويه الواقع إلى زيادة عجز الحكم أو التقدير ، والسلوك الشاذ،والحوادث،كما أن الاستخدام التجريبي قد يؤدي إلى القلق والفزع ،وهذه الإدراكات أو التّشوهات، الناتجة فيما يسمي 'بالرحلة السيئة " والمهلوسات لا يمكن التنبؤ بتأثيراتها بدرجة سيئة كما لا يمكن التنبؤ برد فعل المستخدم لتلك لتأثيرات. والفينسيسيلدين Phencyclidine (PCP) هو عبارة عن مسحوق بلّوري أبيض في شكله الصّافي ،ويذوّب بشكل سهل في الماء، وبالرغم من ذلك عادة ما يكون ملوثا ،وتأثيراته تتغاير بدرجة كبيرة ولكن عادة ما تختلف عن المهلوسات الأخرى بدرجة ما ،حيث أن مفعولها قد يدوم لعدد من الأيام .وهذه المادة PCP غالبا ما تؤدي إلى الإحساس بالانفصال أو فقدان الهوية .وبالاتساق مع الغرض المبدئي لاستخدامه كما هو الحال بالنسبة لأي مادة مخدرة أخري ،قد يؤدي إلى الفقدان الحسي numbness بالإضافة إلي دغم الكلام وعدم التآزر ،والملاحظ غالبا ما يشاهد التحديق النمطي والذي غالبا ما يكون عديم الفائدة ،وتذبذب

المقلتين اللاإرادي nystagmus . أو حركات العين التلقائية، والمشية المبـالغ فيها .وكما هو الحال بالنسبة للمهلوسات الأخري تـؤدي هـذه المـادة إلي حدوث هلاوس بصرية وسمعية،وتشويه التخيل ، وظهور الأعراض المزاجيـة وأعراض القلق ،والأنماط الأخرى من التسمم الناتج عن استخدام مادة PCP تشتمل علي الاضطراب العقلي مع أو بدون البارانويا ،والتشوش الإجمالي مـع عدم التوجه ،والتخشب catatonia, والهياج الحاد الشديد بشكل عرضـي، والسلوك الشاذ والعنيف .أما تأثيراته الفسيولوجية فتشتمل علي ارتفاع بسـيط في ضغط الدم،و tachycardia. وزيادة في توتر العضلة كـالذي نلاحظـه عادة خلال الفحص الجسدي .والجرعة الزائدة قد تكون

ملائمة تماما لإحداث النوبات المرضية والغيبوبة، وتوقف التنفس. وغالبا مـا نلاحظ الاكتئاب و أو عدم الاتزان بعد حدوث التسمم وغالبا مـا يوجـد خطر احتمالية حدوث الحالة الذهانية المقاومة.

كما أن تكرار واستمرار استخدام المهلوسات قد يؤدي إلي التحمـل.وليـس هناك دليل علي الاعتماد الجسدي لها أو وجود أعـراض انسـحابية منـها . وعادة ما تركز الاهتمامات الطبية الحادة على الحـوادث المحتمـل وقوعـها بسبب عجز إدراك وحكم المستخدم.أما نوبات القلق أو الفزع الحـادة قـد تتطلب العزل عن المثيرات أو التخدير.وتكرار حدوث ظاهرة الهلاوس أو مـا يسمي بالاحساسات الاسترجاعية قد يحتمل استشعارها في وقت تالي وبـدون إنذار مسبق .والارتجاع شائع بدرجة كبيرة لدي المستخدم العـائد والمكـرر للمهلوسات ،ومن الأمثلـة الدالـة علـي عمليـة الارتجـاع تلـك الـتي

تشمل التركيز علي المثيرات المدركة كالألوان أو الأشكال،وظهور الأشياء الثابتة علي أنها متحركة ، وتنوع الأشكال أو الأنماط الهندسية والمتداخلة غالبا علي مجال الرّؤيا.

والمعالجة يجب أن تركز بشكل مبدئي على عزل المراهق من المثيرات الحسّية في بيئة مظلمة وهادئة، وغير مهدده .وبشكل عرضي يجب بذل الجهد للإسكات " المستخدم عن طريق إعادة طمأنته وهذا قد يكون مفيدا بالنسبة له ، وعلي الرغم من أهمية الإعاقة الجسدية إلا أن يحتمل الإعاقة الكيميائية يجب تجنبها إلا في حالة التأكيد علي استخدامها لتجنب حدوث الإصابات ،إذا كانت المادة المستخدمة قد تم التعرف عليها وكانت عقار LSD أوPCP ، فيفضل إعطاء المريض الهالوبيريدول أو البيتروديازيبين (ديازيبام أو لورازيبام ) haloperidol or a benzodiazepine (diazepam or lorazepam).

المنشطات Stimulants

هي الصنف الواسع للمثيرات النفسية التي تشتمل علي عدد غير مرتبط من المواد النفسية .ومن أكثر المواد المنشطة استخداما بشكل عام النيكوتين والكافيين.وسوف يتم مناقشة النّيكوتين ومنتجات التبغ في مقطع منفصل.والكافيين في شكل القهوة والمنتجات الأخرى التي تحتوي عليه (مثل حبوب الصباح wake-up pills ، والمنتجات التي تحتوي علي النيكوتين،وعدد متنوع من المنشطات المتضادة )تكون متوفرة بسهولة في العديد من منتجات الطّعام، والشراب، والمنتجات الطبية، وأكثر المنشطات

فعالية هي تلك التي تسيطر على المواد والمتاحة عن طريق الوصفة فقط. وليس بشكل نادر،فإن المراهقون الصغار يقومون بتجريب زيادة المنشطات المتضادة over-the-counter stimulants.والأمفيتامينات تكون مجموعة prototypical من المنشطات الصناعية. وأمثلة المنشطات تشتمل علي الديكسدرين, dexadrine والبيفيتامين biphetamine والأوبترول obetrol. والديسوكسين desoxyn وعقبة الأمفيتامينات هي تحرير reuptake كل من النوزيبنفيرين norepinephrine و الدوبامين dopamine وإطلاقهم ولكن، تكون تأثيراقما أقل ما يمكن على أنظمة serotonergic.ومن الأمثلة الأخري للمنشطات تلك التي تشتمل علي الفينميترازين phenmetrazine) (البريلودين ( Preludin والمواد الأخرى التي تؤدي إلي فقدان الشهية anorexic agents أو مواد تخفيض الوزن، والميثيلفيندات Methylphenidate (الريتالين Ritalin ) والبومالين Pemoline (كيلرت ( Cylert الذي يستخدم لعلاج اضطراب عجز الانتباه مع النشاط الزائد واضطراب نوبات النوم العميق القصيرة (الخدار)narcolepsy.وهناك عدد دال من المراهقين قد أقروا بخبرة تناولهم المنشطات خلال حياقم .وأكثر استخدامهم كان من النوع التجريبي أو الاستطرادي.وهناك عدد متنوع من أسباب استخدام المراهقين للمنشط ،فعدد من المراهقين يستخدمون المنشطات لكي يظلوا مستيقظين ولكي يذاكروا دروسهم ،أو كمساعدة في تخفيض أوزاهم .وهناك عدد آخر من الشباب يستخدمون المنشطات لتأثيراقما علي الحالة المزاجية ، والتي يمكن تحديدها

بشكل أكبر في الشعور بالغبطة، والابتهاج،والزيادة في انعدام النـــوم.وتحســـن القدرة علي التركيز ،أما التأثيرات الحادة الأخرى فتشتمس علـــي الزيـــادة في القدرة علي التركيز، ونقص الشهية وبشكل عرضي، الطيش أو عدم الاتـــزان والقلق،والخشية .

وبينما تؤخذ المنشطات عادة عن طريق الفم والحصول علي تأثيرها في غضـــون ٣٠ دقيقة ويستمر هذا التأثير لمدة زمنية قدرها من ساعتان إلى أربع ســـاعات، إلا أن الاستخدام عن طريق الحقن الوريدييؤدي إلي حدوث التأثيرات بصـــورة فورية ،كما أن التأثيرات النفسية تكون أكثر شدة أو " أسرع " ولسوء الحـــظ ،فإن طول مدة التأثيرات تكون قصيرة باستخدام طريقة الحقن ونمط وتكـــرار عملية الحقن التي غالبا ما تتعاقب .كما أن التوقف قد يؤدي إلي " الاصطـــدام الذي يشتمل علي الفترة الحادة من الابتهاج وعدم الاتزان ، أو الحزن.وتجنـــب هذا " الاصطدام "وهذا يعزز الاستخدام التالي للمنشط ،ويـــؤدي ذلـــك إلي وجود نمط يكون من الصعب جدا كسره .ومن ثم فإن حلقات الاســـــتخدام تتحدد بتوفر جرعات منشطة إضافية ،ودرجة إعيـــاء الفـــرد ، أو اســـتخدام الجرعات الزائدة التي تتميز بوجود الهذيان أو الاختلال العقلي.وقد تســـتخدم المنشطات عن طريق مزجها مع المنومات .ويعتبر الهروين مـــن أكـــثر المـــواد شيوعا في "كرة السرعة **speedball** " الذي يؤخذ بشكل وريـــدي.وهـــذه التجميعـــة تســـمح بـــالحصول علـــي التأثـــيرات الفوريـــة والشـــــديدة

والحادة "والسريعة " يليها فترة طويلة من التسمّم الذي لا يكـــون متوفـــرا في حالة استخدام المنشط علي حدة وباستخدام طريقة الحقن IV .

ويتطور التحمل بشكل سريع نتيجة لتأثيرات المنشــــطات الــتي تــؤدي إلي السرور.وعلى أية حال،فإن الجرعات الكبيرة الضرورية لإعادة التأثير الأصلـي قد تؤدي إلي عدد متنوع من التغييرات المتناقضة في الحالة العقليــــة. وعـــرض التسمم الناتج عن استخدام المنشط يشتمل علي عدد متنوع من التغيــــيرات الجسمية والعقلية.كما تشمل الدلالات المبدئية للتأثيرات علي تكرار التهشــــم في الأسنان ،ولمس والتقاط الوجه ،أو الأطـراف ،وال perseveration , في الحديث والسّلوك.والانشغال أو زيادة التركيز على السلوك الخاص والنشـــاط العقلي.وأخيرا،قد يشعر الفرد بزيادة الشك والريبة suspiciousness الـتي تؤدي إلى جنون العظمة بشكل واضح مع وجود هلاوس سمعية وبصرية. أمـــا الجرعات الزائدة بدرجة كبيرة تؤدي إلي النشاط الزائد والتشـــوش.وارتفـــاع ضغط الدم ،وسرعة التنفس tachypnea والخفقان،والحمى، والعرق.وبـدون التدخل الطبي،تحدث تشــــنجات في شـــرايين القلــب cardiovascular والانهيار، والزيادة في ارتفاع درجة الحرارة وقد تتطور الحالة ويحدث المـــوت .وعندما يتم سحب مستخدمي المنشطات بجرعات كبيرة وبشكل مزمن مـــن استخدمها،فغالبا ما يشعرون بالنشوة المتطرفة أو الاكتئاب ،والإعياء، والنعـاس (لفترة قد تصل إلي ٢٠ ساعة في اليوم)، اللامبالاة.وعلـــي الرغـــم مـــن أن أعراض الانسحاب الحادة قد تستمر لبضعة أيام،إلا أن تغيرات المزاج ،والقلـق، والقصور الإدراكي قد تسمر لبضعة أشهر.

والتأثيرات الصحية لاستخدام المنشطات عن طريق الحقن في الوريـــد تكـــون مشابهه للتأثيراتها الناتجة عن استخدامها بالفم وقد تشتمل طريقة الاســتخدام الأخيرة أيضا علي عدد متنــــوع مـــن العمليــات المعديـــة infectious processes أو ظاهرة الانســـداد الدمـــوي embolic phenomena. والمنشطات أيضا تؤدي إلي اضطراب المهاجمة القلبية ، والنوبـــات seizures ،وجلطة الشرايين myocardial infarction, ،والموت المفاجئ.

والميثامفيتامين Methamphetamine،عبارة عن مادة منشـــطة صناعيـــة وثيقة الصلة بالأمفيتامين وهي أكثر فعالية في التنبيه النفســـي ،ويعتـــبر ملـــح الهيدروكسيد البلوري أو الثلج أو " الثلج"Ice. هو الشكل الجديـــد نســـبيا للميثامفيتامين methamphetamine والثلج يكون صافي بشكل نســـبي وعادة ما يستخدم عن طريق التدخين لقدرة ملح الهيدروكسيد علي التبخـــر واستنشاقه للحصول علي تأثيره السريع جدا ((Cho,1990.وعلي الرغم من تشابه كل من الكوكـــايين والأمفيتـــامين amphetamine في تأثـــيرات التنشـيط النفســـي psychostimulant ،إلا أن التأثـــيرات النفســـية للميثامفيتامين methanlphetamine تستمر لساعات طويلة .

وهناك أنواع مختلفة من المنشطات المتوفرة داخلة في مكونات العديد من المـــواد المتضـــادة.ومـــن أكـــثر هـــذه المـــواد شـــيوعا ، البســـيدوفيدرين pseudoephedrine أو الفينيلبروبـلنولامين phenylpropanolamine .الذي يدخل في تركيب دواء العلاج من نزلات البرد أو عـــلاج الســـعال. وهذه المواد المتضادة متوفرة ويمكن الحصـــول عليـــها مـــن قبـــل الأطفـــال

والمراهقين. كما يستخدمها بعض الشباب بكميات الكبيرة بهدف البحث عن حالة " أزيزية buzz "أو مزاجية أو إدراكية معدلة.

## الكوكايين

الكوكايين منبه من أصل طبيعي يمكن الحصول عليه من أوراق نبات الكوكا coca التي تنبت محليا في جبال الإنديان Andean بأمريكا الجنوبية. وعلى الرغم من أن أوراق نبات الكوكا كان يتم مضغها من قبل السكان المحليين منذ عصور قديمة، إلا أن الكوكايين الصافي لم يتم عزله إلا في نهاية القرن الماضي. ولقد تم استخدامه بشكل أولي كمخدر محلي، وبعد تحديد خصائصه النفسية تم التوسع في استخدامه لإنتاج النبيذ، والمشروبات الغير كحولية، والعديد من الاختراعات الطبية. ولقد تم تقييم الإمكانية الإدمانية للكوكايين في بداية هذا القرن. وتم قصر استخدامه كمخدر محلي للأذن، والعيون، والأغشية الأنفية. وخلال العقدين الماضيين، اصبح الكوكايين مخدرا شعبيا وأرتفع سعره بشكل مبدئي. كما أصبح المادة المساء استخدامها من قبل الطبقة الراقية، وعلى أية حال، أدي رخص ثمنه، وتوافره في أشكال مركبات بديلة إلي سرعة انتشاره وتم استخدامه وإدمانه من قبل المجموعات ذات المستوي الاجتماعي والاقتصادي المتدني، والذين يعانون من مشكلات اجتماعية وصحية، واقتصادية شديدة.

والكوكايين المحظور استخدامه يتم توزيعه كمسحوق بلوري أبيض اللون. وغالبا ما يتم خلطه أو تخفيفه بعدد متنوع من المواد المهدئة علي سبيل المثال الميناتول mannitol أو اللاكتوز lactose — من المخدرات المحلية —

وعلي الرغم من وجود المواد النفسية الأخري بشكل عرضي إلا أن الكوكايين يتم خلطه بمعظم المنشطات الشائعة الأخري أو PCP ،ونتيجة لامتصاص الكوكايين عن طريق الأغشية المخاطية ، فإنه غالبا ما يتم تعاطيه عن طريق الاستنشاق الأنفي أو التشفيط "وتعاطيه عن طريق الحقن الوريدي أقل شيوعا ،ويمكن مزج الكوكايين بالهيروين وتعاطيه عن طريق الحقن الوريدي كشكل من speedball " كما يتم تحويله إلي هيدروكلوريد الكوكايين cocaine hydrochloride الذي يتحلل عند تسخينه ، ليأخذ شكل المزيج المنطلق freebase ،كما يمكن تدخين الكوكايين واستنشاقه خلال الرئتين ،و هذه الطريقة من الاستخدام تؤدي إلي خبرة سريعة وأكثر شدة ولكنها قصيرة الأمد .

والشق Crack هو اصطلاح الشارع للكوكايين الذي يتم تصنيعه من هيدروكلوريد الكوكايين cocaine hydrochloride في شكل المزيج المنطلق freebase عن طريق استخدام الأمونيا أو صودا الخبيز .ومن خلال شكله الصّخري الصّلب، والصّغير، يتم بيع الشق بكميات كبيرة وبأسعار منخفضة ورخيصة حيث يتراوح سعر القارورة من ٥ إلي ١٠ دولارات .وتدخين الشق يودي ألي الابتهاج أو النشوة القصيرة المدي الحادة والسريعة ، أكثر من استخدام الكوكايين عن طريق إدخاله في الأنف in tranasally .والنتيجة السريعة للاستخدام الإلزامي للشّق والادمان عليه تؤدي إلي الانشغال بالمزيد من استخدامها وشرائها بشكل متكررة ،وهذا يكلف مئات الدولارات أسبوعيا.

كما أن تدخين الشق يوصل الكوكايين إلى الرئتين ،ثم إلى الدماغ في ثواني معدودة .وعلى أية حال، يدوم الشعور بالغبطة والنشوة الحاد قليلا لفترة زمنية تمتد من ٥ إلى ١,٠ دقيقة.وخلال نوبات النشوة يشعر الفرد بعدم الثبات الانفعالي ، emotional liability،وفقدان الشهية للطعام،والأرق والنشاط الزائد و التيقظ الزائد .وخلال طور الابتهاج لاستخدام الشق تظهر الجوانب الفرعية بشكل سريع. فتستبدل بالحزن ,dysphoria والبار نويا ،وحتى الاضطراب العقلي.

الكوكايين يؤدي إلى حالة الشعور الحاد بالغبطة والعافية الذي يترافق مع وجود زيادة في النشاط الحركي ،وفي مستوى الطاقة، وتوسيع حدقة العين ،وفقدان الشهية ،والخفقان tachycardia وارتفاع ضغط الدم،وهذه الدورة عادة ما تكون قصيرة الأمد ،وربما تدوم لدقائق فقط ،ويتطور مستوى التحمل ،والتوقف عن الاستخدام المزمن يتبعه اكتئاب،والنوم المفرط hypersomnia ،وزيادة الشهية ،الإعياء، الشهوة لتعاطي جرع إضافية لكي تستمر 'حالة الاصطدام " التي قد تظهر خلال بضع ساعات بعد تعاطي الجرعة الأخيرة أو بعد مرور أسبوع من التوقف عن التعاطي أو أكثر،والجرعات الزائدة أو الاستخدام المتكرر قد يؤدي إلى سلوك مشابه لحالة الهوس الحاد مع النشاط الحركي السريع، والكلام السريع والمشتت، والعجز في التقدير ، وسلوك الذهان البارنويدي،والاندفاعية أو الحدية ،والمستويات العالية من القلق التي قد ترافق عملية الاستعمال أيضا.وتأثيرات الكوكايين المنشطة الحادة والتي غالبا ما تبعث علي السرور ،تعزز استخدامه

إلى حد كبير. كما أن وجود الحالة الحادة من الاكتئاب المصحـــوب بـــالقلق dysphoria بعد التوقف عن الاســـتخدام يعـــزز اســـتمرار الاســـتخدام أيضا. وهذا صحيح بصفة جزئية في حالة المزيج المنطلـــق freebase أو في شكل " شق " الكوكايين والتي يكون ثمن الجرعة المفردة منها منخفضا بدرجـة كبيرة كما يمكن استخدامها بطريقة مختصرة ،وشدته الزائدة تستبدل بصـــورة فجائية بحالة الاكتئاب المصحـــوب بـــالقلق dysphoria أو مـــا يســـمي "الاصطدام. " وغالبا ما يستخدم الشق خلال حفلات السمر الطويلة الـــتي تدوم لبضعة أيام وحتى تنتهي النقود أو ينتهي مصدر العقار أو ينهار المستخدم نتيجة الإعياء الجسدي .

وتشتمل التأثيرات السلوكية الحادة المتناقضة علي عدم الكف ،وضعف الحكـم أو سوء التقدير ، وسلوك التكلف أو المبالغـة grandiosity والاندفاعيـة ،والمثـابرة perseverative ،والجنسـية الزائـدة hypersexuality ، ،والتنشيط النفسي الحركي ،و هذه التغييرات قد تؤدي إلي وقوع الحـوادث والسلوك الغير شرعي بما في ذلك الاعتداءات والسلوكيات الجنسية الخطـرة الغير ملائمة. وتشتمل التأثيرات الطبية للاستخدام الحاد علي تقرح الأغشـية الأنفية ،والهياج البلعومي، والتهاب القصبات الهوائيـة نتيجـة "التشـفيط "والأعراض القلبية التي تشتمل علي عدم انتظام ضربات القلب ، والنوبـات القلبية، وإحتشاء العضلة القلبيـة myocardial infarction ؛والضيـق الصدري angina ،والنوبات المرضية seizures ،والسـكتات الدماغيـة

المفاجئة strokes وتوقف التنفس الذي يعد عاملا ثانويا في التأثير على مراكز الدماغ.

والشق أو تدخين الكوكايين يزيد من ارتفاع ضغط الدم وهذا يزيد من احتمالية نزيف المخ أو توقفه ، وزيادة ضربات القلب يجعلها غير منتظمة مع احتمال الإصابة بالسكتة القلبية ،والآثار المزمنة تتشابه مع الآثار الناتجة عن

استخدام المنشطات الأخرى بما في ذلك الأمفيتامينات ،فتحدث الأعراض الاكتئابية والاضطرابات الذهانية نتيجة لاستخدام الجرعات الزائدة ولفترات طويلة ،وبصفة خاصة من قبل الفرد الذي لديه ميل لذلك .

وهناك احتمال إصابة المراهق بالتوابع الجسمية التالية الحادة وخاصة المشاكل قلبية ،التي لم يتعرضوا لها من قبل ،أو التي قد تعرضوا لها بدرجة قليلة ،وتشكل اهتماما كبيرا .

والمشكلات الثانوية الناتجة عن عدم الكف السلوكي والبحث الزائد والمتطرف عن عقار الكوكايين واستخدامه تشمل على الإصابة بالإيدز وبعض الأمراض الجنسية المعدية ،وإهمال الدراسة وبعض الأدوار الملائمة لسنه ،والعدوان ،وارتكاب الجرائم،والقيام ببعض السلوكيات المضادة للمجتمع ،وقد يتعرض الطفل أو المراهق للكوكايين أو العقاقير الأخرى الموجودة في البيئة قبل البداية الفعلية لاستخدامه للكوكايين ،كما يوجد احتمال بانشغال الطفل الكبير أو المراهق الصغير في الاتجار بالعقاقير أو كمشتري أو " كعداء "ويستغل موزعي العقاقير حالات الحدث.

## الأفيونات

الأدوية المنومة تشير إلى الأفيون ومشتقاته وبدائله الصناعية ،واستخدام المنـوم، يشتمل علي الهيروين،والأدوية المنومة الصناعية والفمية الأخرى،والتي يظـل استخدامها قليلا نسبيا من قبل المراهقين في الولايات المتحدة،وبصفة خاصـة خارج المناطق الحضرية المركزية.ولقد أوضحت الدراسات الوبائيـة وجـود انخفاض في أنماط الاستخدام والانتظام عليه من قبل المراهقين.

وتؤخذ المنومات عن طريق الفم،أو التدخين، أو الحقن في الوريد، بينما يفضـل العديد أو معظم لمسيئي استخدام طريقـة الحقـن أو مـا يسـمي بـ " mainlining " لآثاره القوية والفورية ،وبشكل شائع يسـتخدم المراهقـين كغيرهم ممن يسيئون استخدام المواد المنومات الفمية بسبب توفرها وإدراكـهم لها علي أنها أقل خطر ،والاختلاف في طرق الاستخدام تتضمن الحقن تحـت الجلد أو "تخدير الجلد ".skin popping""

وتستخدم المنومات عادة لإزالة الألم الحاد وتحت الإشراف الطـبي، ،وهنـاك استعمالات إضافية تشتمل علي تخفيف حدة السـعال وعـلاج الإسـهال diarrhea ،وخلال الراحة من الألم، أو حتى في حالة استخدامه بـدون ألم، تظهر علي الفرد حالة بسيطة من النشوة ،هذا علي الرغم من أن الآثار الأوليـة غالبا ما تدرك علي أنها سيئة ،وتشتمل الآثار الجسمية علي الخمول، وضيـق حدقة العين ،وانخفاض منعكس دفع الهواء من الحنجـرة السـعال cough reflex ،وانخفاض الرؤيا ، والإمساك. وتؤدي الجرعات الأكبر إلي النوم مـع احتمال حدوث الغثيان ، والقيء ،وضيق التنفس ،وعـدم التـآزر الحركـي

واحتمال ظهور الحديث المد غم في حالات التّسمّم الحادة الشديدة ،والآثـــار الحادة تشتمل علي الانخفاض في النشاط الجسمي،واللامبالاة.ويعتبر ( ضيـــق حدقة العين )،وكف الجهاز التنفسي والجهاز العصبي المركزي ( CNS ) مـــن الدلائل الكلاسيكية علي وجود حالة التسمم الحاد أو تناول جرعة زائدة مـــن المنومات ، ومن الأعراض المرتبطة بالمنومات تلك التي تشتمل علي ارتفـــاع في درجة الحرارة hypothermia وانخفاض ضغط الـــدم،وبـــطء القلـــب bradycardia.وتؤدي الجرعة الزائدة الحادة إلي الغيبوبة،ووجود خطر علـــي عملية التنفس الرئوي pneumonia.إن بداية التأثير يتغير،بناء على طريقـــة التناول فاستخدام المنوم عن طريق الحقن في الوريد قد يشعر المستخدم بـــإدراك النشوة المفاجئة والحادة وهذا ما يعرف " بالتسريع rush "وكما تتغير مـــدة التأثير بنفس المنوال . فالنشوة الحادة " التّسريع " الناتجة عن استخدام المنـــوم بالحقن في الوريد عادة ما تكون قصيرة أو عابرة ،يليها حالة شبيهة بـــالحلم ثم ينخفض الإحساس بالعافية، وأخيرا ظهور أعراض الانسحاب بصورة واضحـــة ( والتي سوف يتم مناقشتها في نهاية الفصل ).وطول مدة الآثار الفســـيولوجية لأشد المواد المنومة تستمر من ٣ إلي ٦ ساعات ، ولو أن تأثـــير كـــل مـــن الميثادون methadone (الذي يمتد من ١٢ إلى ٢٤ ســـاعة )، واليفـــو ـــ ألفا ـــ ميثـــادول Levo-alpha-acetylmethadol أوLAAM (مـــن ٤٨إلى ٧٢ ساعة ) أطول زمنيا بدرجة ملحوظة .والمراهق الـــذي يتعـــاطي المنومات ليست لديه الخبرة حول استخدام المنوم،بالإضافة إلي نقص معلوماتـــه

حول التلوث، والحكم القاصر الخاص بالجرعة الملائمة للحصول علي التأثيرات المرغوبة من تناول الجرعة الزائدة .

والمنومات تؤدي إلي الاعتماد الفسيولوجي الذي يؤدي بدوره إلي التحمل للاستخدام المتكرر وظهور الأعراض الانسحابية نتيجة التوقف عن هذا الاستخدام.وكل المنتجات المنومة تؤدي إلي التحمل للاستخدام نتيجة حدوث التعود (التكيف adaption)المستقبلات العصبية علي المنوم ،ومن ثم فإن الجرعات المتزايدة من المواد المنومة يقابلها آثار فسيولوجية مماثلة ،والتحمل العرضي Cross-tolerance قد يوجد بين المنومات علي الرغم من عدم ضرورة وجوده بنفس المحتوي. ويتغير مستوى التحمل أيضا بتغير التأثير النوعي ،ويلي الانسحاب ،انخفاض في التحمل حيث تعيد الخلايا العصبية المنتجة للمنومات تكيفها مع غياب العقار.

وباستخدام المنومات ،يتطور التحمل وبالتالي يستمر استخدام المواد كمطلب ضروريا لتجنب أعراض الانسحاب منها ونتيجة.لأثرها القصير المدى (علي سبيل المثال ،الهيروين، أكثر المنومات الفمية ) أعراضه الانسحابية تظهر بعد مرور من ٨ إلى ١٢ ساعة من الاستخدام الأخير وتصل إلي ذروتها في حوالي ٤٨ ساعة والتي قد تستمر من ٧ إلى ١٠ يوما.والانسحاب من الأدوية المنومة كالانسحاب من إدمان أي عقار آخر يؤدي إلي آثار وظيفية فسيولوجية مشابهة والتي تنشأ أساسا من استخدامها.كما أن شدة أعراض الانسحاب ترتبط بشكل مباشر علي كمية المنوم المستخدم وبالنسبة للمنومات طويلة المفعول ( مثل الميثادون methadone )، تكون أعراضها الانسحابية أطول

في مدتها الزمنية لكنها أقل في الشدة ،والأعراض التي تظهر بعد يوم واحد أو يومين من الاستخدام الأخير،وتصل إلي ذروتها بعد ثلاثة إلى أربعة أيام،وربما لبضعة أسابيع علي الأكثر تشتمل علي الأوجاع،والآلام،وعدم الاتزان ،والنوم المضطرب ،وبصفة عامة،فإن الانسحاب من المنومات تكون غير مريحة بدرجة كبيرة ،ولكنها لا تشكل تهديدا علي حياة الفرد أو من جهة أخري علي صحته ،وهناك وثائق علمية قليلة تدور حول حدوث التسمم أو الآثار الطبية المتعارضة الناتجة عن الاستخدام المزمن للمنوم ،والمخاطر الطبية غير المباشرة تظهر خلال أكثر الاهتمامات حرجا ،وهذه الاهتمامات تشتمل علي إهمال المستخدم لصحته ،وذلك لأن المنومات بصفة خاصة تؤدي إلي تأثيرات مسكنه وبالتالي تختفي الإشارات التي تحذر من وجود المشكلات الطبية، كما أن الاستخدام الوريدي قد يؤدي إلي الالتهاب ( التهاب وريدي ) أو التلوث الفيروسي التي تشتمل علي الدمامل الناتجة عن الجروح،كما أن التلوث قد يؤدي إلي عدد متنوع من الآثار والمشكلات الفسيولوجية.فالمشاركة في استخدام الإبر قد ينشر عدد من الأمراض المعدية بما في ذلك الإيدز والالتهابات الكبدية hepatitis ، والتهاب غشاء القلب endocardia الناتج من التلوث البكتيري، وبصفة خاصة البكتيريا العنقودية staphylococus.

وقد يشتمل علاج الانسحاب علي واحد أو أكثر من المنومات. المتعددة ، الانسحاب غير المساعد أو "التركي البارد cold turkey " علي الرغم من أنه ليس خطرا بدرجة حرجة،إلا أنه قد لا يشجع الفرد في

التوقف عن الاستخدام نتيجة عدم الراحة بدرجة شديدة جدا المرتبطة بأعراض الانسحاب،واستخدام الميثادون methadone أوالكلوندين clonidine فقط أو مع بعضهم قد يساعد في التغلب علي هذه الأعراض ،وبالنسبة للمراهقين،هناك اقتراح بتجنب استخدام بديل للمنوم بقدر الإمكان ،وخاصة إذا كانت الخبرة الأولي للانسحاب بالنسبة له . وذلك لأن استخدام الكولدين clonidine قد يقلل بدرجة كبيرة من التحكم الذاتي في النشاط الزائد والاحتفاظ الطويل المدي بالمنوم البديل أو الميثادون methadone سوف يؤدي إلي الحالات التي تفشل في عدم بقائها خالية من تناول العقار (المنوم )

والعلاج الحاد للانسحاب من المنوم يستوجب أيضا الاهتمام بالسيطرة علي طريق الهواء واستقرار الأوعية الدموية cardiovascular واستخدام النالوكسين naloxone للحقن في الوريد IV أو ( Narcan ) التي قد يؤدي إلي آثار عكسية للمنوم.

## المخمدات / المنومات

استخدام المراهقين للمخمد / للنوم ليس شائعا بدرجة كبيرة ،كما أن العقاقير المصنفة في هذه الرتبة تشتمل علي الباربيتورات barbiturates والبنزوديازيبينات benzodiazepines ومجموعة متنوعة من المواد التي قد لا تنتمي لهاتين المجموعتين ،وكل هذه المواد قد يتم وصفها عدة وبشكل مبدئي من قبل الأطباء لاستخدامها كمنومات ،أو كمضادات القلق ، أو كمضادات لحالات التشنج .

وتستخدم الباربيتورات للتخميد ،والنوم، وكمضادات للتشنج،وهــذه المــواد يتم تصنيفها إلي القصير جدا ،والقصير،والمتوسط ،والطويل المفعول مع فـــترة التأثير التي تحدد هذه الاستخدامات الطبية لإحداث التخميد (التأثير القصــــير جدا )، المخمدات أو المنومات (قصيرة أو متوسطة أو طويلـــة المفعــول ) أو مضادات التشنج anticonvulsant ( طويــل المفعــول )، البـــاربيتورات المتوسطة المفعول تشتمل علي مواد يمكن التفكير فيها فيما بعد من قبل مسـيئي الاستخدام بدرجة أكبر (علي سبيل المثال البنتوباربيتـــال pentobarbital والسيكوباربيتال secobarbital والأموباربيتال amobarbital)،كمــا تستخدم المخمدات أو المنومات بشكل متكرر من قبـــل مســـتخدمي المـــواد المتعددة polydrug ، الـــتي تشـــتمل علـــي المـــواد المهدئـــة والمنومـــة والكحول،والبنزوديازيبينات Benzodiazepines لها استخدامات طبيـــة ملائمـــة في إزالـــة القلـــق والتوتـــر العضلـــي وكمضـــادات للتشـــــنج anticonvulsants وللنوم ،كما أن استخداماتها الطبية تتحدد من خـــلال طول فترة تأثيرها ،وهناك عدد المخمدات والمنومات ، الـــتي تشـــتمل علـــي الجلاتيثيميـــد glutethimide أو الدوريديـــن(Doriden) ،والميثـــاكولين methaqualone(الكولايـــد ،والســـوبور ،والســــــومنافاك Sopor somnafac (Quaalude والميروبامـــات Meprobamate (الميلتـــون ،والإيكيونيل (MiLtown, Equanil التي كـــانت تســـتخدم أو يســـاء استخدامها علي مدي واسع في الماضي دون أن يكون لها أي فوائد علاجيـــة تحتوي عليها المخمدات أو المنومات الأخرى.

ويتم استخدام كل المخمدات أو المنومات تقريبا وبشكل واسع عن طريق الفم وتتنوع بداية ،و طول فترة تأثيرالها،فالجرعات المنخفضة من هذه المواد تؤدي إلي التخميد المعتدل، أما الجرعات الأكبر ،قد تجعل المستخدم يستشعر بإحساس الصحة والعافية أو حتى الغبطة.وتتشابه أعراض التسمم بهذه المواد بأعراض التسمم الناتجة عن الكحول،وتشتمل هذه التأثيرات على الكلام المدغم والاختلاج ataxia , وعجز التناسق الحركي ،وعجز التقدير،وحتى عدم التوجه .والجرعات الزائدة قد تؤدي أيضا إلي اللامبالاة ، والخمود، أو الاكتئاب ،كما أن آثار التسمم الناتج من تناول الجرعة الزائدة تتشابه مع آثار التسمم الناتج من تعاطي الكحول بدرجة مفرطة والتي تشتمل علي الشعور بالبرد،ورطوبة الجلد، والتنفس الضحل أو السطحي shallow respiration ،والغيبوبة.وضيق التنفس التي تعد من النتائج الأكثر حرجا.

كما يوجد تطور سريع للتحمل لأكثر المنومات والمخمدات ،وعلي الرغم من أن البنزوديازيبينات benzodiazepines يكون لها مدي أكبر من الأمان ،إلا أن المنومات أوالمخمدات الأخري قد تؤدي إلي تعاطيها بجرعات زائدة بشكل سهل، وغالبا ما يستهلك مسيء استخدام هذه المواد أكثر من ١٠ إلى ٢٠ وحدة كجرعة علاجية طبيعية من هذه المواد .

والنتائج الطبية الحادة لاستخدام المنومات أو المخمدات والتي تشتمل علي جرعة زائدة،هي الحوادث الثانوية المتمثلة في عدم التآزر الحركي ،وسوء التقدير .

والتوقف المفاجئ عن استخدام هذه المواد أو الخفض من جرعاتها قد يـــؤدي إلي أعراض الانسحاب. وبداية حدوث هذه الأعراض يعتمد على طول مـــدة تأثير المادة ،وقد لا تظهر هذه الأعراض لبضعة أيام مع بعض المواد ،وتشـــتمل أعراض الانسحاب الأولية علي الهياج والقلق، والأرق،ونقص الشهية للطعـــام ،والحساسية المفرطة hypersensitivity للمنبهات الحسّية،والاضطرابـــات المعدية،وزيادة في نسبة العرق، وفي معدل ضربـــات القلـــب ،وخـــلال ذروة الأعراض الانسحابية ،قد تحدث نوبات من نمط الصرع الكبيرgrand mal type وهذه النوبات قد تتطور إلي الهذيان الواضح في بعض الحالات.ونتيجـــة لاحتمال حدوث أعراض الانسحاب الشـــديدة ،فـــإن ظـــهور التســـمم أو الانسحاب من المنومات أو المخمدات تتطلب إشراف طبي قريب ،من المـــهم أن نلاحظ بأنّ بعض المواد المسكنة أو المنومة خصوصا البنزوديازيبينات قـــد تؤدي إلي الاعتماد الجسدي بعد فترة الاستخدام الجرعة العلاجّية.

المنشطات الجنسية Anabolic Steroids

لقد انصب الانتباه مؤخرا فقط ، وخلال نهاية عام ١٩٨٠ علـــى اســـتخدام منشطات الأندروجين الجنسية androgenic steroids من قبل الشـــباب لتحسين أدائهم الرّياضي،ومنشّطsteroids عبارة عن نظائر صناعيـــة مـــن هرمون التستسترون testosterone الجنسي الذكري،وعلي الرغم من تقليـــل التأثيرات الذكرية masculinizing أو الأندروجيةandrogenic ،فـــإن هذه steroids تؤدي إلي تطور نمو الأفعال المنشّـــطة.والمنشّـــطsteroids يستخدم بشكل شرعي للتعامل مع أنواع متعددة من الأمـــراض والحـــالات

،وبالنسبة للبالغين قد تستخدم هذه المواد منشّطsteroids في علاج أنـــواع من حالات فقر الدم، وراثـــي , hereditary angioedema وســرطان الصدر (Council on Scientific Affairs. 1988) ،وبالنسبة للأطفــال والمراهقين، تشتمل مؤشرات قبول استخدامه علي :(أ) وجود تأخر في مرحلــة البلــوغ (ب) عــلاج حــالات صغــر القضيـــب micropenis و(ج) hypogonadism. (Moore, I988) ومواد steroids المصـــرح بهـــا للاســـتخدام في الحـــالات الإكلينيكيـــة تشـــتمل علـــي الاســـتانوزوزول stanozololونســــــــترول (Winstrol) وميثاندروســـــــتينولون (Dianabol) methandrostenolone ،و nandrolone phenpropionate (Durabolin). ، ويوجد أسوق ســـوداء عديـــدة لا تمتلك ترخيص لاستخدام هده المواد كعلاج للبشر.وخلال العقـــود الأربعـــة الماضية ،اقترح العلماء والرياضيون أن هرمونات الجنس وفي النهاية منشــطات steroids قد تحسن الأداء الجسدي ،وزيادة كتلة الجسم،والقوة العضليـــة، والعدوانية (Council on Scientific Affairs, 1988; Yesalis, 1992) و لم يتم التأكد مما إذا كانت هناك فائدة في استخدام هـــذه المـــواد steroids بالإضافة إلي الحمية وتقنيات التدريب، بدليل الأدلـــة المتضاربـــة American College of Sports edicine,1987;Wilson,1988) ،ومهما كانت الاستفادة من التزويد بالمنشطsteroids ،فـــإن اســـتخدامها يرتبط بعدد متنوع من الآثار الضارة التي تشتمل علي اضطرابـــات الكبـــد، وظهور عامل خطر تغيرات الدورة الدموية (علي سبيل المثال تغييرات في

البروتين الدهني lipoproteins وارتفاع ضغط الدم )،وآثار إفرازات الغـدد الصماء .والتأثيرات النفسية التي تشتمل علي تغيرات حادة في المزاج والسـلوك العدواني (Hallagan, Hallagan, & Snyder, 1989)..

أما الأخطار الجسمية التي من الممكن حدوثها للمراهقين تشمل علـي نفـس الأخطار المتناقضة التي تحدث للبالغين، وهي ظهور حب الشباب وعدم نضـج الهيكل العظمي النامي،وتكون الحيوانات المنوية،وزيادة خطر الألم من جـرح عدم النضج الجنسي إذ لم يكتمل (Buckley et al. 1988).

وليس هناك نمط مميز للحالة العقلية أو الاضطرابات الجسمية يمكن ملاحظتـها بشكل دائم ،وسوء استخدام المقويات يكون شائعا بـين الريـاضيين الذيـن يمارسون رياضة ألعاب القوي مثل رفع الأثقال weightlifting ،وكمـال الأجسام،وألعاب القوى، وعادة ما تؤخذ هذه المواد المنشـطة علـى شـكل دورات من الاستخدام تمتد من ٦ إلى ١٢ أسبوع كفترة تحضير لمنافسة،يليـها فترة خالية من تعاطي العقار الذي قد يدوم تأثيره لمدة عام تقريبا .وجرعـات المنشطات التي يتم تناولها بشكل تلقائي تكون أكبر بكثير من الجرعات الطبيـة العلاجية.وعادة ما يتم استخدامها للحصول على تأثيراتها المقوية أو الحصـول على الاستقرار النسبي وتجنب التحمل ، وعندما ترتفع كمية الجرعات بشـكل تزايدي يؤدي ذلك إلي انخفاض نسبة هذه المواد خلال الـدورة (.Yesalis 1992). وحيث أن غالبية الرياضيون يكونوا من عينات

المراهقين ،فبالتالي يكون من المحتمل تعرضهم لخطر سوء استخدام هذه المواد ،وعلى أية حال،فإن استخدام الأنواع السابق ذكرها من هذه المواد لغير المتنافسين ،والمراهقون الذين يعانون من انخفاض في صورة الذات وضعف المثابرة لتحسين ظهورها قد يكون مشكوك فيه أيضا ( Buckley et al.. 1988 ومنشّط steroids قد يكون لديه احتمالية إحداث الإدمان addictive ،فمن خلال أحد الدراسات ،أقر واحد وأربعون طالبا من عينة قدرها ٢٢٦ طالبا ذكرا من طلاب المدرسة الثانوية العليا بتكرار استخدام المقوي المنشّط وبأنهم سوف لا يتوقفون عن استخدام هذه المواد على الرغم من معرفتهم المؤكدة بأنها تودي في النهاية بتأثيرات الضعف الجسمي والسرطان،والعقم.أو تودي إلي زيادة خطر حدوث النوبة القلبية ( Yesalis et al., 1990) وبالنسبة لمستخدمي هذه المواد بدرجة كبيرة ،أشار ما يزيد على ٤٠ % منهم بأنهم لن يتوقفوا عن الاستخدام على الرغم من إمكانية حدوث المخاطر لهم ، وتقترح دراسات التراث المتاحة بأن بعض المراهقين الذين يسيئوا استخدام منشّط steroids سوف يظهرون دلائل وأعراض اعتماد علي المواد النفسية التي تشتمل علي الاستمرار في الاستخدام علي الرغم من النتائج المتناقضة.للتحمل، وحتى الانسحاب (Bower, 1992a, 1992b)

وعلي .لرغم من تشابه سوء استخدام والاعتماد علي هذه المواد بسوء استخدام والاعتماد علي المواد الأخرى بين المراهقين،إلا أن استخدام هذه المقوي المنشط غالبا ما يمكن مشاهدتها في شكل معزول عن استخدام المواد

الأخرى،ويجب أن يشتمل التقييم الطبي علي الشكاوي الجسدية التي تتعلق بالاستخدام والفترة الزمنية له .وأعراضه الانسحابية الشائعة،والأعراض المزاجية وضعف النمو العصبي neurovegetative ،والعدوانية.

كما أن الفحص الجسدي يعد ضروريا لنشوء الجسم الزائد في النمو،ومن بين الاكتشافات الأكثر وضوحا ويحتمل وجودها نتيجة استخدام هذه المواد ضغط الدم العالي، واكتساب زيادة وزن الجسم بدرجة سريعة واليرقان،والشعور بالأنوثة gynecomastia ،وضمور الخصيتان لدي الذكور،وظهور الشعر hirsutism والصوت الجهوري ،وضمور الصدر لدي الإناث (Kibble & Ross, 1987) ويجب أن تشتمل الدراسات المعملية علي فحص وجود العقار في البول،وإجراء اختبارات وظائف الكبد(باستخدام طريقة bilirubin، SGPT، LDN ، CPK) ،وبروفيل الدهون ،والكلسترول cholesterol ، واختبارات وظائف الغدد الصماء والوظائف القلبية عندما يتم تحديدها بشكل دقيق .

## التبغ Tobacco

علي الرغم من النظرة الشائعة إليه علي أنه عقار يساء استخدامه ،إلا أن التبغ،والنيكوتين ومكوناته الأولية المؤثرة نفسيا ،تعد واحدة من أكثر المواد النفسية استخداما بشكل متكرر من قبل المراهقين،وأكثر ما يزيد علي ١٨ % من طلاب المدرسة الثانوية الكبار قد أقروا بالاستخدام اليومي،

للسجائر ،كما أقر ما يزيد على ١٠ % منهم بتدخين علبة واحدة إلي نصف علبة أو أكثر السجائر يوميا ( جامعة ميتشجان،١٩٩٢).

وتعتبر السجائر إلى حد بعيد هي الأداة الأكثر شيوعا لاستخدام التبغ والنيكوتين ،ونتيجة لوضع السجائر كمادة مشروعة قانونيا للبالغين وبالطبع من يصل إلي هذه المرحلة من المراهقين،إلا أن السجائر،والكحول، يعتبران بوابة الدخول للعقاقير ،كما إن التعلق بالكحول،والقنب الهندي،وحتي استخدام الكوكايين يكون أعلى بدرجة دالة بين المراهقين الذين قد حاولوا تدخين السجائر أو حتى الذين يدخنون بدرجة كبيرة يوميا من المراهقين الذين لم يسبق لهم أن حاولوا تدخين السجائر ( قسم الصحة وخدمات الإنسان بالولايات المتحدة ،١٩٨٨ [DHHS ] ). وعند وصولهم إلي السنة النهائية من المدرسة الثانوية العالية ،أقر ٦٠ ٪ من الطلاب بمحاولة تدخين السجائر لمرة واحدة على الأقل ( جامعة ميتشجان ،١٩٩٢ ).

وكل منتجات التبغ تحتوي كميات أساسية من النيكوتين والمواد شبه القلوية الأخرى،كما أن السجائر التي تحتوي علي كميات عالية أو منخفضة منها تحتوي علي كميات مشابهة من النيكوتين(DHHS, 1988).ويعالج المدخنون حصولهم علي جرعة النيكوتين من خلال عدد السجائر وتكرار عملية التدخين ،والاستنشاق بعمق (Young.Robinson, & Wickert, 1981) ويمر النيكوتين بسرعة إلي الدماغ عن طريق الدم ،وينتشر بشكل سريع خلاله ، وبالتالي ينشط عدد من مراكز الجهاز العصبي المركزي والممرات العصبية الموصلة ،ويشتمل ذلك علي إطلاق الأسيتيلكولاين ، والنوربنفرين norepinephrine، والدوبامين dopamine ،والسيرياتونين serotonin ،و الفاسوبريسين vasopressin، ،وهرمون النمو،

ACTH، (Benowitz. 1988)..وتعتبر إثارة الجهاز العصبي المركزي مـــن أكثر التأثيرات وضوحا لاستخدام النيكوتين ،بالإضافـــة إلي التحمـــل الحـــاد والمزمن للجهاز العصبي المركزي CNS عليه وتطور عـــدد مـــن التأثـــيرات الأخرى ،وعلي الرغم من ان المبتدئين في التدخين الذين تكون أعمارهم عـــادة لا تتجاوز سن العاشرة preteen أو المراهقون قد يشعرون بالدوخة بشـــكل مبدئي ،والغثيان،والرغبة في القيء ،إلا أن التدخين المتكرر يـــؤدي التحمـــل السريع لضغط الحصول علي المادة والتأثيرات الواقعة علي الـــدورة الدمويـــة cardiovascular نتيجة لذلك (Benowitz. 1988)..وتشتمل الآثـــار الدوائية للنيكوتين علي تنشيط الجهاز العصبي المركزي ،وحدوث اســترخاء في العضلة الهيكليـــة ،والتأثـــير علـــي الغـــدد الصمـــاء والـــدورة الدمويـــة (DHHS,1988)،كما ينشط التدخين الجهاز الثمبثاوي ،وهذا يـــؤدي إلي زيادة في معدل ضربات القلب، وضغط الدم، وتدفق الدم في الشريان التـــاجي (Cryer, Haymond, Saintiago, & Shah, 1976).

والتدخين يؤدي إلي إثارة الجهاز العصبي المركزي والسلوك ،وهناك عدد مـــن الدراسات أشارت نتائجها إلي تحسن الانتباه، والتعلم،وزمن رد الفعل، وحـــل المشـــكلات بـــين المدخنـــين(Benowitz, 1988, Wesnes & Warburton, 1983). كما أقر المدخنون بحدوث استرخاء لهم ،وخاصـــة خـــلال الحـــالات المرهقـــة،وانخفـــاض الغضـــب ،والتوتـــر،والاكتئـــاب (Warburton,1987 ).ولقد حصل المراهقون الذين يدخنـــون بكميـــات كبيرة وبشكل منتظم علي درجات أعلي في الإجهاد المدرك عند مقارنتـــهم

بغير المدخنين (Mitic, McGuire, & Neumann, 1985) ومن خـلال دراسة أجريت علي طلاب الصف الثاني أقر ١٠ منهم بأن مقياس الضغـوط الانفعالية قد ارتبط بالانتقال السريع من التدخين التجريبي إلي التدخين المنتظـم (Hirshman, Leventhal, & Glynn, 1984). وهنـاك عـدد مـن الدراسات الأخرى قد ربطت الضغوط الشديدة التي يعـاني منـها الطـلاب بالتدخين (Silverstein, Kelly, Swan, & Kozlowski, 1982; Wills, 1986).

وهناك أكثر من ٨٠ ٪ من الأفراد المدخنين يشعرون بالأعراض الانسـحابية للنيكوتين عندما يتوقفون فجأة عن تدخين السيجارة. هذه الأعراض تشـتمل علي عدم الاستقرار،والأرق ،وعدم الراحة ،وزيـادة الشـكاوي الجسـدية، وصعوبة التركيز،والاكتئاب والجـوع،واللهفـة(Figerstrom, J978; Hughes& Hatsukami.1986, Shiffman ١٩٧٩) ووجـود نمـط إلزامي لتكرر استخدام السيجارة ،وأعراض الانسحاب نتيجة الامتنـاع عـن التدخين ،وتكرار الاستخدام على الرغم من معرفة خطـر و نتـائج الآثـار الجسمية الحقيقية الحادة الناتجة عنه ،وأشكال أعراض الاعتماد الواضحة علـي النيكوتين التي تعرف بشكلها الحالي من خلال الدليل التشخيصي والإحصـائي للاضطرابات العقلية الطبعة الرابعة (DSM-IV) والصـادر عـن الجمعيـة النفسية الأمريكية (APA 1994).والتصنيف الدولي للمـرض (ICD -١٠) الصادر عن منظمة الصحة العالمية (منظمة صحة عالمية، في التحضير ).علـي أن أعراض الاعتماد علي النيكوتين تتشابه مع أعراض الاعتماد علي العقاقـير

الأخرى في استجابة مستخدميه للمثيرات البيئية أو الدلائل التي قد تؤثر علـــى بداية ،واستمرار ،ومعاودة؛ وتكرار معاودة الرغبة الكريهة والهـــدف الفعلـــي لدور النيكوتين في تدعيم سلوك البحث عن التبغ واستخدامه .

## الخلاصة

أن سوء استخدام المواد النفسية له آثار نفسية وجسمية حادة ومزمنة والتي قـــد يكون لها نتائج مهمة علي صحة المراهق الذي يستخدم أو يسيء اســـــتخدام هذه المواد .وعلي الرغم استخدام المراهقين للمواد النفسية للحصــــول علـــي اللذة الناتجة عن تأثيره علي وظائف الدماغ (والتي تشتمل علـــي تغيـــيرات في المزاج،والإدراك ،والعمليات الحسية ).وكل هــــذه المـــواد القابلـــة لإســـاءة استخدامها لا تتوقف تأثيراتها علي مجرد الآثار المرغوبة والأقل ضــــررا علـــى تشغيل الدماغ ،ولكنها تمتد أيضا إلي الآثار الفسيولوجية الدالة التي تؤثر علـــى الوظائف الجسمية الأخرى.والعديد من هذه المواد لها إمكانية خلق حـــالات . ولذلك لابد من وجود مستوي عال من الشك لدي المتخصصون في المجــــال الطبي تجاه المراهقين الذين يأتون لغرفة العناية الطارئة أو بحالات غـــير عاديـــة ،وليس من السهل تحديدها ،وكثير من هذه المواد الشائع استخدامها من قبـــل المراهقين لها أنماط عامة من الاستخدام تنذر المتخصصـــون في المجـــال الطـــبي وتؤدي إلي حث الاشتباه المعقولة،وعلي هؤلاء المتخصصــــون إدراك الآثـــار الحادة والمزمنة لاستخدام هذه المواد النفسية ،وأيضا يجب الأخذ في الاعتبـــــار كيفية استخدام هذه المواد ،والحالة العقلية الحادة للمراهق ،وأيضا التأثـــيرات الملاحظة والمتوقعة للمواد التي استخدمت،وعلي نحو مشابه يجب علي

الاكلينيكيين الذين يهتمون باستخدام أو سوء استخدام المراهقين لهذه المـــواد بالجوانب الغير طبية الأخرى أن يكونوا مدركين للمشاكل الطبيـــة الشـــائعة الناتجة عن استخدام هذه المواد النفسية .

# الفصل الثامن

# الجلسات العلاجية
# والمجموعات العلاجية الخاصة

# الفصل الثامن

## الجلسات العلاجية والمجموعات العلاجية الخاصة

إن تحديد أي مستوى لسوء استخدام المواد النفسية والذي يتطلب تدخل أو علاج لتقليل المستوى الحادث أو المحتمل للاضطرابات الوظيفية ،والمرضية ،والموت .في الوقت الحاضر، ومنذ بداية منتصف عام ١٩٩٠وجدت نقطة تحول في تطور وتطبيق الطرق العلاجية لسوء استخدام المواد والاعتماد عليها من قبل المراهقين ،وهناك عاملين أساسيين يجب أخذهما في الاعتبار لهذا التحول ،بالإضافة إلي قليل من عدم التأكد بالنسبة لما هي أنواع العلاجات التي سوف نكون قادرين علي استخدامها مستقبلا.والعامل الأول هو استمرار بذل الجهد للإنجاز احتواء تكلفة العناية الصحية، بشكل عام وبصفة خاصة السيطرة على تكلفة علاج سوء استخدام المواد النفسية ،وهناك عدد كبير من السياسيين والعديد من الناس العاديين يرون أن علاجَ سوء استخدام هذه المواد أو اضطرابات الإدمان **addictive** علي أنه غالبا ما يكون عقيما أو حتى مضيعة للوقت،وعلى الرغم من الدراسات التي أوضحت كفاءة علاج سلوكيات الإدمان،إلا أن العلاج الظاهر للمشكلات العديدة في المجتمع قد أدى إلي وجود شكوك حول أن تلك المعالجات تعمل بكفاءة أقل عند مقارنتها بالوسائل العلاجية الجارية.

والمعايير المثالية المنظمة من قبل جهات الإنفاق سواء العامة منــها أو الخاصــة علي العناية الصحية يفرضون القيود علي صناعة علاج الإدمان،وهذه القيــود تنصب على أي أنواع العلاج تكون مقبولة للتنســم أو الإصــلاح (إعــادة التأهيل rehab ) وما هي المدة التي يتلقون فيها مستوى مــنا مــن العــلاج وتكون قاعدة موضوعة بدلا من التوقع ،ونتيجة لذلــك،توقفــت الــبرامج العلاجية بنسبة تتراوح من ٥٠ ٠/٠ وإلي حد ما برامج لما يقرب مــن ٢٠٠ مريض بالمستشفيات (التي تشمل كل من البالغين والمراهقين ) قــد أغلقــت خلال عدد من السنوات الماضية (Spicer, 1994). ،أما العامل الأساســي الثاني فيشتمل علي التذكير بأنه علي الرغم من معرفتنا بأن علاج نوعا ما مــن العلاج قد يؤدي إلي نتائج إيجابية مع أنواع من ســوء اســتخدام المــواد أو الاعتماد علي المواد إلا أنه قد لايكون مفيدا كعلاج تقليدي مثالي ،حيث أن الأفراد المختلفون يحتاجون لأنواع ،وكميات،وتجمعات علاجية مختلفة،وهــذا بالنسبة الحالة للمراهقين بصفة خاصة .

## متطلبات العلاج الفريدة للمراهقين

من المناقشات السابقة في الفصل الرابع اعتبرت المراهقة مرحلة ضمن الســياق التطويري التي تؤدي إلي وجود عدد من الخصائص الفريدة للمراهقين ( مقــابل البالغين ) والتي يجب أخذها بعين الاعتبار عند تطوير أو اختيــار تدخــلات أو نماذج علاجية ملائمــة ،وخــلال الســياق التطويــري،يمــر المراهقــين بتغيــيرات جوهريــة تشــمل نضجــهم الجســمي ومرورهــم لســـن

البلوغ.وتغييرات في وجهات نظرهم الاجتماعية مع تطور علاقات الصداقة والاهتمامات الجنسية، والعلاقات الاجتماعية والتآلف؛وتغييرات في القدرات الانفعالية أو المقدرة علي رؤية العالم والذات في شكل تجريدي أكثر وبصورة أقل تمركزا نحو الذات .ونظرا لعدم اكتمال نضجهم بالكامل في النواحي الاجتماعية ، والمعرفية ،والوظائف الانفعالية . فقد يكونوا أكثر عرضة للقيام بعدد من الاختيارات الضعيفة كما يتعرضون للتأثيرات المتناقضة من قبل أقرانهم ومن العوامل الخارجية الأخري .والمراهقة هي فترة حرجة في تشكيل الاهتمامات المهنية خلال المرحلة الثانوية من مراحل التعليم .وأخيرا فالمراهق عادة هو عضو تابع للنظام الأسري ؛ولديهم فرصة اختيار أقل بالنسبة للقرارات التي تؤثر على حياتهم. كل من هذه التغيرات النمائية سواء كانت مجتمعة أو منفصلة* تشكل حاجات المراهقين ،ضد حاجات البالغين .وأخيرا فإن هذه الخصائص النمائية وتفرد حاجات المراهقين يؤديان إلي طلب مداخل محددة لعلاج المراهقين الذين يسيئوا استخدام المواد النفسية .وعلي الرغم من وجود تشابه في كثير من هذه المداخل العلاجية بتلك التي توجه بشكل تقليدي نحو البالغين ،إلا أن مداخل الشباب يجب تطورها وتوصيلها بشكل محدد للشباب.

وعلى الرغم من التذكير السابق بتفرد حالات وحاجات المراهقين،إلا أن تصميم طريق العلاج لمسيئي استخدام المواد من المراهقين بصفة خاصة لم تظهر إلا خلال العقدين الماضيين فقط ،وأول برنامج مكرس لمسيئي استخدام المواد من المراهقين كان برنامجا للمرضي المقيمين ،والذي افتتح في عام ١٩٧٤

في مستشفى سانت ميري في مينيبوليس Minneapolis بولاية مينيسوتا Minnesota ، (Wheeler & Maimquist, 1987).،ولقد صمم هذا البرنامج على شكل نموذج الـ١٢ خطوة لمدمني الكحوليات المجهولين ( AA ) Alcoholics Anonymous ومدمني المخدرات المجهولين ( NA ) Narcotics Anonymous،وهذا البرنامج كان بمثابة نموذج لبداية جيل من البرامج العلاجية للمراهقين .وخلال معظم العشرين سنة الماضية،تم وضع برامج للمراهقين الذين يسيئون أستخدام المواد وازدهرت صناعتها .

وخلال عام ١٩٨٧،وطبقا لوحدة الخدمة الوطنية لعلاج العقار والكحوليات ( NDATUS )، قدمت ما يقرب من ٣١٣ وحدة لعلاج الإدمان من الكحول برامج متخصصة للشباب كما قدمت ما يقرب من ٢,١٥٥ برامج لعلاج إدمان الكحول مع العقاقير.ولقد شكل المراهقون ما يقرب من ١٠ ٪ من العينة الكلية في كل وحدات العلاج. وفي عام ١٩٨٧كان هناك ما يقرب من ٥٩,٧٩٠ شاب يعالجون من إدمان العقاقير والكحول وبلغت نسبة من يعالج خارجيا منهم ٨٦ ٪ والباقي منهم كان يتم علاجه ببرامج داخل المستشفي.ومجموع المراهقين الذين اعترفوا بالتعرض لبرامج العلاج من الكحول قد بلغ ٢١,٠٠٩ بنسبة ٨٧ ٪ تقريبا تم علاجهم خارجيا . وكما هو الحال بالنسبة لعلاج الكحول وعلاج العقاقير بين العينات الأكبر سنا ،فإن علاج المراهقين يخضع لتغييرات سريعة بشكل حالي وانتقالي.وفي عام ١٩٩٠كان هناك ما يقرب من ٥٢,٤٥٧ من شاب تحت سن ١٨ سنة

من العمر قد اعترفوا بعلاجهم في وحدات العلاج من الكحول أو بالبرامج التي تتلقى على الأقل بعض التمويل من الدولة ( المعهد الوطني لسوء استخدام العقار،والمعهد الوطني لسوء استخدام الكحول وإدمان الخمور ١٩٩٢).ومثل هذه الوحدات قد تمثل أغلبية،ولكنها عادة ليست كل البرامج العلاجية في معظم الولايات ،وهناك ما يقرب من ٧٢,٩٢٣ شاب آخر قد اعترفوا بالتعرض للعلاج في وحدات العلاج من العقاقير في ١٩٩٠.ومن المفترض أن كثير من هؤلاء المراهقين كانوا يعانون من مشكلات جوهرية أخري مرتبطة بتعاطي الكحول.وهذا يمثل زيادة جوهرية في الدخول في عملية العلاج خلال عام ١٩٨٥ عندما اعترف ما يقرب من ٢٦,٩٦٧و ٢٤,٠٧٠ مراهق بعلاجهم في وحدات العلاج من الكحول والعقاقير على التوالي (المعهد الوطني لسوء استخدام العقار،والمعهد الوطني لسوء استخدام الكحول وإدمان الخمور ١٩٨٦).

وعلى أية حال،فإن تنظيم الاهتمام بخدمات الإدمان وزيادة إمعان النظر في الحاجة للعلاج في أوضاع متنوعة قد أدي إلي انهيار الصناعة عمليا.وفي الوقت الحاضر.تم التأكيد على الإجراءات السابقة باستبدال علاج المراهقين الذين يسيئون استخدام المواد داخل المستشفيات والعلاج السكني بالعلاج الخارجي أو العلاج المختصر: كثير من البرامج التقليدية التي كانت تستغرق مدتها من ٢٨ وحتى ٣٥ يوما تم خفض مدة بقائها علي حساب التوسع في الخدمات المقدمة للعلاج الخارجي ،وكما هو الحال بالنسبة للعلاج الجزئي أو خدمات

العلاج الخارجيه المكثفة.ولقد تم غلق أو اختصار downsizing كثير من البرامج الغير قادرة علي تحقيق هذا الانتقال

أهداف العلاج،والجلسات العلاجية،واختيار النماذج

إن الهدف الواضح لعلاج المراهقين من مشاكل سوء استخدام المواد النفسية هو إنجاز واستمرار توقف وامتناع الفرد عن استخدام المواد والفحص الدقيق لعوامل الخطر لسوء استخدام المراهق للمواد والاضطرابات المتنوعة الناتجة عن ذلك في قطاعات من الاضطرابات النفسية ،والمهارات الاجتماعية،والوظائف الأسرية ،والوظائف الأكاديمية ،والمدرسية ،والقدرة علي المشاركة في الأنشطة الاجتماعية تشير إلي تحديد هذه الصعوبات كجزء من مدخل علاجي أكثر شمولا.كما أن ضعف الاستجابة المستقبلة من كثير من المراهقين مسيئي استخدام المواد لجهود المعالجة الماضية ربما يرجع ،في الحقيقة،إلي المدخل الأحادي البعد من العلاج.في الماضي.كانت معظم البرامج العلاجية لسوء استخدام المواد مبنية غالبا على تفسيرات فورية متصلبة للنموذج المرضي للإدمان.ووفقا لذلك فإن سوء استخدام المواد كان دائما المشكلة الأولية وبالتالي يتم إدراكه علي أنه سبب لأي مشكلات إضافية تصيب المراهق.ومن خلال إنجاز عملية امتناعه وتوقفه عن التعاطي ،فإن المشكلات الأخرى يمكن أن تحل ،علي الرغم من إعطاء قليل من الانتباه بشكل محدد ومباشر،وفوري لهذه المشكلات .

وبمرور الوقت ،أصبحت أهداف علاج سوء استخدام المواد أكثر شمولا،واشتملت علي هدف واسع وهو التغيير الكلي في أسلوب حياة المراهق (DeLeon,1988).علي افتراض أن التغيير في أسلوب الحياة يتطلب الامتناع الكلي عن استخدام المواد النفسية ،ونمو الاتجاهات الاجتماعية ،والقيم والسلوك، وتطوّر المهارات الأكثر تكيفا لتحسين العلاقات البين شخصية والأكاديمية والوظائف المهنية.

## هل يجب أن نعالج التدخين واستخدام التبغ ؟

يعتبر شراء السّجائر ومنتجات التّبغ الأخرى من قبل القاصرين من أكثر الأمور الغير شرعية ،والتّبغ في شكل السجائر يعد من عقاقير المدخل الذي يسبق استخدامه عادة استخدام المواد الأخرى وبالتالي إمكانية سوء استخدامها لاحقا .وعلي الرغم من أن النتائج الصحية السلبية الناتجة عن التدخين واستخدام التبغ معروفة تماما ،إلا أن غياب أعراض التسمم الحادة والتأثيرات السلوكية الدالة قد تؤدي إلي جو من الرضا حول استهداف استخدام التبغ وبنفس الطريقة لاستخدام المواد الأخرى. وبالنسبة لبرامج الوقاية التي تستهدف بشكل محدد تدخين السيجارة ،نادرا ما يتم توجيه تدخلات البرامج العلاجية نحو استخدام التبغ .ونظرا لأن النّيكوتين هو العنصر الفعال في التبغ الذي يحدث الإدمان ،ولأن استخدامه يؤدي إلي إمكانية حدوث نتائج وخيمة يمكن التعبير عنها في خطر استخدام وسوء استخدام المواد لاحقا والتأثيرات الصحية المتناقضة.لابد من توجيه العلاج

للتعامل بشكل مباشر مع استخدام التبغ. كما يجب فرض البرامج العلاجية في المواقع علي نحو صارم، وتنفيذ سياسة منع التدخين للمراهقين، وأسرهم، والموظفين القائمين علي تنفيذ البرنامج، وأن تشتمل الجهود النفسية التربوية علي معلومات حول الآثار الصحية الحادة والمزمنة للتبغ. كما يجب علي البرامج التأكيد بأن التبغ كمادة نفسية لابد من تجنبها.

## دليل كفاءة العلاج

إن البحث في كفاءة العلاج لمسيئي استخدام الكحول أو الاعتماد عليه من المراهقين يكون نادرا بدرجة ملحوظة لندرة وضعف الدليل علي دعم كفاءة أي من المداخل العلاجية العامة أو المحددة، حيث أوضحت عدد من الدراسات العلاجية الأخرى فوائد العلاج بشكل عام، بينما فشلت في تحديد أي من هذه المداخل يكون متميزا وذو فاعلية أكبر من المداخل الأخرى (Catalano, Hawkins, Wells. Miller, & Brewer, 1990-1991) وهناك عديد من المحاولات لتقييم كفاءة العلاج قد قوبلت بإعاقات ومشاكل منهجية شديدة ومتنوعة تشتمل علي ضعف مقاييس التقييم، ونقص التعريفات الواضحة والصادقة، أو مقاييس نجاح العلاج أو المعاودة (علي سبيل المثال، ما هي مكونات العلاج الذي يؤدي بنتائج ناجحة؟). وضعف وعدم ملائمة مقاييس المتغيرات الناتجة عن عملية العلاج، وضعف إجراءات المتابعة التي تشتمل علي معدلات منخفضة جدا من المتابعة. كما أن المعدلات المرتفعة نسبيا لنتائج العلاج الناجحة في بعض الدّراسات ربما تكون بسبب

التحيز الدال الناتج عن الاحتكاك أثناء المتابعة ،وصعوبة الاتصال بالمجموعات التي تم حذفها من الدراسات مع ما يقرب من ٥٠ ٠/٠ من معدل الاستجابة قد أظهرت ثباتا ضعيفا في النتائج عند مقارنتهابالمجموعات التي يتم الإتصال بها بسهولة (Stinchfield, Niforopolos, & Feder, 1994) ومن ثم فإن تقارير النتائج التي أشارت إليها العديد من الدراسات غير قابلة لتعميمها علي كل المجموعات الداخلة في عملية العلاج .وعلى أية حال،ليس من الضروري حساب العينات التي لا يتم الإتصال بها أو الفشلفي الإتصال بها كفشل في عملية العلاج .

وكجزء من التقرير لبرنامج سوء استخدام العقاقير Drug Abuse DARP Reporting Program ) أجريت دراسة لمتابعة الشباب لفترة امتدت من أربعة إلى ست سنوات بعد الدخول في ٥٢ برنامج علاجي مختلف عبر الولايات المتحدة،وأقر كل من سيلس وسيمبسون ( Sells and Simpson 1979) بصفة عامة بأن هؤلاء المراهقين الذين يستخدمون الكحول لم يتأثروا بالعلاج، علي الرغم من إقرار الأفراد الذين يتلقون برامج العلاج الخارجي والذين لا يتعاطون العقار بانخفاض استخدامهم الكحول بدلاجة دالة، وفي دراسة أجريت في بنسلفانيا عن نتائج العلاج لنظام سوء استخدام المواد، أشارت نتائجها إلي أن الأفراد الذين لديهم وظائف نفسية اجتماعية جيدة قد تحسنوا خلال العلاج الخارجي كما أن معدل نسبة الانتكاس كانت أقل عند متابعتهم، وذلك عند مقارنتهم بالأفراد الذين لم يتلقوا علاجاً داخلياً أو المقيمين بالمستشفي للعلاج (رش Rush. 1985) ،وأخيراً، من خلال دراسة تنبؤية

عن نتائج العلاج ، وجد تحســـن دال في المشـكلات المرتبطـة بالعقــار، والاكتئاب، والتحصيل الدراسي ( هوبارد، كافانوغ، كــرادوك وراتشـيل، (Hubbard, Cavanaugh, Craddock, & Rachel, 1985. كمـــا أقر الأفراد الخالين من العقاقير الذين يتلقون علاجـــاً خارجيـــاً بانخفـــاض في استخدامهم للكحول بدرجة شديدة، ولو أن هذا الانخفاض كان أقل بالنســبة للأفراد المقيمين في المستشفيات للعلاج. وعلى الرغـــم مـــن أن كـــل مـــن الدراستين السابق ذكرهما قد أمدتنا بمقارنات بين العلاج الخارجي والعـــلاج الداخلي (الإقامي)، إلا أن نتائجهم غير حاسمة ومتناقضة ( كاتالانو وآخـــرون (Catalano et al., 1990-1991. وكل البرامج لها قدر معين من النجـاح في خفض المشكلات المرتبطة باستخدام المواد وفي خفض استخدامها أكثر مـن نجاحها في خفض استخدام الكحول أو الماريجوانا. ومـــن خـــلال مراجعـة الدراسات التي أجريت على عـــلاج المراهقـــين، قـــام كاتـــالانو وزمـــلاؤه (Catalano and associates 1990-1991 بمراجعة عدد من الدراسـات مستخدما في ذلك المنهج التجريبي وشبه التجريبي علـــي مجموعـــة واحـــدة باستخدام تصميم القياس القبلي والبعدي، وتوصلوا إلي التعرف علي عدد مـــن العوامل التي ترتبط بالانتكاس أو العجز في مقاومة الانتكــــاس والعـــودة إلى استخدام الكحول، كما أشارت الدراسات إلي أن بداية الاستخدام في أعمـــار زمنية مبكرة، واستخدام الكحول بصورة أكثر انتظامـــاً، وســـوء اســـتخدام العقاقيرِ المتعددةِ، والسلوكِ المنحرفِ، والتعلق بالأنشطة الإجرامية، تربط بعـــدم

إتمام العلاج،وبالنسبة لعوامل العلاج، فإن الزمن المستغرق في العلاج يرتبط بانخفاض استخدام الكحول والعقاقير الأخرى خلال برامج الإقامة العلاجية، كما ترتبط بذلك أيضاً خصائص أعضاء الهيئة العلاجية (التي تشتمل على اتجاهاتهم، ومستوى تدريبهم)،وتوفر الخدمات الخاصة، كما يرتبط أيضاً مشاركة الأسرة بالنتائج الجيدة لعملية العلاج، كما أن مؤشرات ما بعد العلاج للانتكاس تشتمل على الأفكار، والمشاعر، والشهوة التي تدور حول الكحول، وانخفاض الانشغال به في المدرسة أو في العمل، وانخفاض أنشطة أوقات الفراغ الأقل إقناعاً. وبإيجاز، أشار كاتالانو وزملاؤه إلى أربعة نتائج هي :(١) العلاج أفضل من عدم العلاج، (٢) قليل من المقارنات بين النماذج العلاجية قد بينت الكفاءة الواضحة لأحد هذه النماذج علىَ النماذج الأخرى، (٣) أن الميول التحررية في الاتجاهات العامة نحو استخدام المادة ومواد معينة قد تؤثر في كفاءة العلاج، (٤) مازلنا بحاجة إلي مزيد من الدراسات المضبوطة التي تجري على نتائج علاج سوء استخدام المواد. واستناداً على الدراسات الموجودة، يمكن وضع عدد التوصيات الأساسية بالنسبة للمحتوى العام لبرامج علاج المراهقين. يجب أن يكون الهدف المبدئي من العلاج هو إنجاز وجعل هؤلاء المراهقين يستمرون في الامتناع عن استخدام الكحول وكل المواد التخليقية، كما يجب أن يكون الهدف من العلاج أيضاً البحث لتحسين الوظائف النفسية والاجتماعية بصورة إجمالية للمراهق، وعلى الرغم من أن تحسن الوظائف قد يبدو هو الهدف النافع في حد ذاته، إلا أن التحسن في المجالات المحددة من الوظائف قد تؤدي إلي

التحسن بشكل مباشر أو غير مباشر في توقعات المراهق لاستمراره في الامتناع والوقاية من حدوث الانتكاس.

وهناك خصائص للبرامج العلاجية ترتبط بتحسن معدلات الامتناع، وانخفاض معدلات الانتكاس (فليش، ١٩٩١؛ فريدمان و بيشنير، (Fleisch, 1991; Friedman & Beschner,1985). وهذه الخصائص تزودنا بأدلة لعلاج المراهقين الذين يعانون من مشكلات استخدام المواد وهي تشتمل علي ما يأتي:

١- يجب أن تكون البرامج العلاجية مركزة ومدتها ملائمة بدرجة كافية لإحداث تغيرات في الاتجاهات والسلوك.

٢- يجب القيام بالعناية اللاحقة أو المتابعة العلاجية بعد أن يحصل الفرد علي مستوى أكثر تركيزاً من العلاج الأساسي، والانتقال الملائم والمستمر بين مكونات العلاج التي تشتمل علي تدعيم التغييرات التي تم تحصيلها مسبقاً خلال العلاج.

٣- يجب أن تكون المداخل العلاجية شاملة بقدر للإمكان وأن تستهدف الاضطرابات الوظيفية النفسية والاجتماعية ضمن مجالات أو ميادين متعددة من حياة المراهق، وهذه المجالات تشتمل علي الاضطرابات السيكاترية المصاحبة، والحاجات المهنية أو المدرسية ، والأنشطة الترفيهية أو أوقات الفراغ، وخدمات تحديد النسل، والتربية / والمعلومات التي تدور حول الكحول وسوء استخدام المواد والقضايا الطبية، وبصفة خاصة المعلومات التربوية عن الإيدز.

٤- يجب أن تكون البرامج العلاجية ذات حساسية للقضايا الثقافية ومسمياتها وللحقائق الاجتماعية الاقتصادية للمراهق، وأسرته، والبيئة، وأن تشتمل أمثلة التدخلات العلاجية المعنية على أخصائيين في هذه البرامج يمثلون المجموعات العنصرية و/ أو العرقية للمراهقين، ويساعدون الأسر في الحصول على الخدمات الاجتماعية الإضافية أو المصادر المالية مثل مساعدة الرفاهية welfare assistance. ويجب على المراهق، الأسرة، وأعضاء الفريق العلاجي إدراك البرنامج بصورة عملية لظروف الحياة الواقعية.

٥- يجب أن تعمل البرامج العلاجية تشجيع الأسرة على المشاركة ،والعمل معها لتحسين الاتصال البين شخصي بين أعضائها، وتحسين قدرة الوالدين على تكوين وتحديد جلسات لأطفالهم بشكل متوافق، وتحديد أنماط الإدمان لدي الوالدين من خلال كل من الرجوع للوالدين للعلاج وجمع معلومات عن دورهم في حدوث مشكلات المراهق.

٦- يجب على البرامج العلاجية محاولة إيجاد مجموعة عريضة من الخدمات الاجتماعية واستخدامها مثل عدالة الحدث juvenile justice ، ورفاهية الطفل child welfare ، والبرامج الترفيهية، وذلك بهدف مساعدة المراهق وأسرته في عملية التخطيط والإعداد لأسلوب حياة خالي من الكحول والعقار.ويجب أن تشتمل البرامج على تشجيع حضور المراهق بشدة واشتراكه في مجموعات المساندة الذاتية مثل مجموعات مدمني الخمور المجهولين و/ أو مدمني المخدرات المجهولين لكي ينموا مجموعة من الأقران خالية من العقار ونماذج من الممتنعين

ويحضر المراهق إلى غرفة الطوارئ بالمستشفى أو إلي الأقسام الطبية الأخرى بجرح حاد أو حالة صحية تؤدي إلي الاقتراح بأن استخدم المواد هو السبب لحالته ومن ثم يتطلب التدخل على الأقل الفحص التقييمي للتعلق المحتمل بالعقار، وهناك أوضاع أخرى أيضاً كتلك التي تحدث في المدرسة، حيث يكون المجيء المفاجئ قد يشير إلي مشكلة استخدام المواد، وقد يفرض هذا بعض أشكال التدخل الفوري.

والباحثين الذين يتعاملون مع مسيئي استخدام المواد من البالغين يقومون بدراسة التأثيرات المختصرة، مع التركز على التدخلات ( دالي ومارلات Daley & Marlatt. 1992). وتطوير التدخلات المشابهة للشباب قد يؤدي إلي إمكانية حدوث هذا الاختصار، ويكون هذا الحساب كفاءة التدخل، علي سبيل المثال، هناك العديد من البرامج الخاصة بالمراهقين قد تم استخدامها للقاصرين الذين يتعاطون الخمور و/ أو السائقين الذين يكونون في حالة التسمم الناتج عن التعاطي، والبرامج المختصرة تستمر بحدود ثمان جلسات وتخدم غرض أكبر من التقييم الكامل لأنماط استخدام المراهق للمواد، كما أنها تزودنا أيضاً ببرنامج مكثف من التربية النفسية (عن أخطار استخدام المواد ) لتثبيط استخدام المواد في المستقبل.

العلاج الداخلي **Inpatient Treatment**

العلاج الداخلي أو القصير المدى يرى علي أنه الوضع الأفضل لأكثر المراهقين الذين يعانون من سوء استخدام المواد لعدد من الأسباب هي :(١)

التحكم في البيئة عن طريق منع المراهق من الهروب والتعرض للمؤثرات التي تحثه على استخدام المواد مثل الموسيقى، والراديو، أو التلفزيون، او الاتصال بالأقران الشواذ، أو من جلب المواد المهربة كالكحول أو العقاقير الأخرى (٢) العزل عن الظروف الأسرية التي عادتاً ما تكون صعبة (٣) زيادة العلاج المكثف عن طريق إجراء عدد من الأنشطة اليومية التي يفترض أن يكون لها دور علاجي لدي المراهق الذي يشارك فيها . علامات العلاج الداخلي أو الأشكال الحادة من العلاج تشتمل على المراهقين الذين يأتون ومعهم أفكار أو سلوك يشير إلي إمكانية وجود خطر حقيقي علي الذات أو الآخرين (على سبيل المثال الأفكار أو السلوك الانتحاري،أو أشكال من السلوك العدواني الأكثر تطرفاً)، والمراهقين الذين يحتاجون لانتباه طبي حاد (مثل اللذين يعانون من الانسحاب أو الشكاوي الطبية الدالة من استخدام المواد )، والذين يعانون من الأمراض النفسية وخاصة هؤلاء الذين لديهم أعراض ذهانية، كما يجب الأخذ في الاعتبار تأريخ فشل العلاج ضمن سياق عوامل الشدة الأخرى، كإشارة للعلاج الداخلي .

وبصفة تقليدية ، تستند البرامج القصيرة المدى علي عدد من الفترات الزمنية، التي تتراوح ما بين ٢٨ يوم إلى ٦٠ يوماً، والتحسن هو الذي يحدد وينظم العناية التي تحرك قاعدة طول الإقامة التي يحتاجها المريض، والبرامج تطلبت ليس فقط التبرير للدخول إلى البرامج التي تستند على العلاج الطبي والسيكاتري، أو شدة سوء استخدام المواد ، ولكن الإقامة المستمرة تستند أيضا على الاستجابة للعلاج والتوثيق المستمر لعوامل الشدة، مثل هذا التغاير

في طول مدة الإقامة بين المرضي قد يزيد من صعوبة تطورهـا أو الاحتفـاظ بمجموعة البرامج، وقد يصبغ العلاج فردياً ومرناً في كثير مـن الجلسـات. وعلى الرغم من أن العديد من برامج العلاج القصيرة المدى تكـون برامـج للعلاج الداخلي في جلسات المستشفى، إلا أن هناك برامج حرة أيضا والـتي غالباً ما يتم تقدم بمجموعة من خيارات العلاج من العناية القصيرة إلى الطويلـة المدى، وكثير من هذه البرامج يمكن تصنيفها بصورة أفضـل تحـت صنـف العلاج الإقامي، كما أن البرامج التي تستند علي المستشفى لها عدد من الفوائـد الواضحة، من بينها توفر الأساس الطبي والسيكاتري، وعلى الرغم من أن كـل البرامج القصيرة المدى تقريباً يتوفر فيها خدمات لا تصلح لوصول الفـرد إلي حالة التسمم الطبي، إلا أن الحاجة إليها تكون نـادرة بالنسـبة للمراهقـين (هاريسون وهوفمان،Harrison & Hoffmann,1989) ،إن بيئة العـلاج الداخلي تكون أهم مكون في العلاج، وكل البرامج تقريباً يوجد بها نوع مـن نظام الإدارة السلوكية الذي يكافئ السلوك الملائم الذي يراد حثه عن طريـق العلاج لأقصى درجة ممكنة، كما يقدم بصورة واضحـة النتـائج المتسـقة للسلوكيات السلبية، وتتراوح أنظمة إدارة السلوك من مجموعة بسـيطة مـن القواعد مع عدد محدود من الطـوارئ للشـكاوى وعـدم الشـكاوى إلي مستويات أكثر تعقيداً من اقتصاديات الرمز token economies مع عـدد من الوسائل المصاحبة له ، مثـل نظـام المسـتويات والخفـض السـلوكي (بتيكستاين وفان هاسـيلت، Btikstein & Van Hasselt, 1993). وهذا النظام من التوقعات المحدودة المتسقة، ونتائج السلوك التي غالباً ما يتـم

وضعها في مقارنة شديدة مع الإشراف الضعيف والحدود غير المتسقة التي تساهم في سوء استخدام المراهق للمواد والسلوك المنحرف، كما أن الوسط المحيط لأنظمة إدارة السلوك تعد المراهق أيضا لأنظمة الإدارة الوالدية التي تؤدي إلي التحسن المتفائل والذي يمكن تطبيقه على المراهقين عند عودتهم إلي المنزل، كما أن برامج العلاج الداخلي عادة ما يقوم بها عدد من الأعضاء ذوي القدرة على الضبط المتعدد والذي يشتمل على الاعتماد الكيميائي أو المعالجين والمرشدين لسوء استخدام المواد، والأطباء بما فيهم الأطباء النفسيين، والممرضات، والأخصائيين الاجتماعين، والمعلمين، وبشكل عرضي ممثلون من رجال الدين.

## العلاج الخارجي **Outpatient Treatment**

كما أوضاع العلاج الخارجي والنماذج العلاجية للمراهقين الذين يعانون من سوء استخدام المواد، تتراوح من الإقامة اليومية الجزئية المركزة جداً بالمستشفي وحتى إلى الإقامة المنتظمة أو المتابعة العرضية من قبل معالج فردي، وعلي الرغم من أن الوضع السابق قد يوجد في كل جزء كما هو الحال بالنسبة للعلاج المركز لبعض المرضي المقيمين داخلياً، أو خلال برامج العلاج الإقامي، إلا أن الاختلاف الجوهري يكمن في أن المراهق إما أن يستقر في المنزل أو في مكان إقامة أقل تقيداً كالعناية ربي أو الجماعة المنزلية ، كما توجد درجة دالة من السيطرة قد يتم التضحية خلال أوضاع العلاج الخارجي، وعلى أية حال، تكمن الفائدة المبدئية لأوضاع العلاج الخارجي

(وفي بعض الأحيان عدم الفائدة) في أن المراهق يشارك في العلاج بينما يكون البقاء في الجماعة مع افتراض التعرض، للظروف والمشكلات الضاغطة التي قد تساهم في تطور والاستمرار في مشكلات سوء استخدام المواد، كما أن إعطاء أهمية لتعميم لتقدم العلاج من أوضاع الإقامة الداخلية للحماية، والسيطرة إلى الجماعة المفتوحة أو البيئة المترلية، قد تدفع الفرد إلى أن يتوقع بأن العلاج الخارجي الملائم يكون أكثر تفضيلاً .

## الإقامة للعناية والمجموعات العلاجية Residential Care and Therapeutic Conimunities

وتكمن صعوبة تحقيق نجاح العلاج القصيرة المدى لسوء استخدام المراهقين للمواد في تطور خيارات العلاج الطويل أو المتوسط المدى، كما أن أوضاع الإقامة للعناية أو المتوسطة تتراوح من شهر إلى تسعة أشهر بينما تدوم جلسات العلاج الطويل المدى لمدة سنتين على الأقل، وهذين النوعين من الإقامة عادتاً ما يكونان أقل تنظيماً كما أن أعضاء الفريق العلاجي هما أقل كثافة من برامج العلاج الداخلية، كما يوجد خلال الأوضاع الأطول توجد تنويعات من المداخل العلاجية أكثر مما هو موجود في الأوضاع الأقصر ( وهلير، ومالكويست، Wheeler & Malmquist, 1987). كما أن النماذج العلاجية قد تشتمل على الإرشاد الجمعي أو الإرشاد الفردي، وتدريس العقار، والأنشطة التربوية والترفيهية، وعلى الرغم من أن بعض البرامج توفر خدمات أسرية، إلا أن المسافة من مترل المراهق قد تعيق اهتمام

أسرته أو والديه لأقصي درجة، ولقد حاولت بعض البرامج التعــرض لهــذه القضية من خلال استدعاء وتشجيع الأسرة علي الحضــور خــلال أســابيع الأسرة أو خلال عطلة نهاية الأسبوع، وخلال هذه الفترات الخاصة المبرمجــة، تشارك الأسرة بدرجة مكثفة في تقديم المساندة الجماعية، والتربيــة النفســية، والإرشاد counseling. ويظهر أن البرامج الأطول في المدى تبــدو أكــثر اعترفا بالمراهقين الذين يعانون من المشكلات السلوكية والسيكاترية المصاحبــة والتي تشير إلي مستوى أكثر شدة من الاضطرابات الوظيفية، ولقد أظــهرت دراسات القديمة التي أجريت خلال هذا العقد إلي أن المراهقين الذين يعــالجون باستخدام برامج الإقامة العلاجية كانوا يعانون من عدد من المشــكلات مــن بينها الخلفيات التربوية القليلة، والاحتكاك الجنائي أو انحــراف الأحــداث المطلوبين للعدالة بدرجة أكبر، وتواريخ سوء استخدام المواد بدرجة شــديدة من خلال مفاهيم فترات ومستويات استعمال المــواد (بيشــنر وفريدمــان، Beschner & Friedman, 1985). كما أن معظم الــبرامج العلاجيــة الطويلة المدى تطلبت علاج مسبق بصورة قصيرة المــدى أو جلســة تــأهيل rehab setting ، كما العديد من البرامج الطويلة المدى تعمــل في صــورة المجموعات العلاجيــة therapeutic communities (TC)، وهــذه العلاجات تستند علي فلسفة الإثنتا عشرة خطوة، وفلســفة عــلاج مدمــني الكحول والمخدرات المجهولين وتصبح المجموعات العلاجية مجموعات حقيقيــة عندما يفترض وجود دوراً مهماً للمراهق في استمرار الجماعة وتماسكها، ومــن خلال تطور المسؤولية والإحساس بالهدف يحصل المراهقة على المساندة وعلــى

مزيد من التواجد مع مدمني الكحول والمخدرات المجهولين، وغالباً ما تكـــون المجموعات العلاجية في شكل أكثر تنظيماً وأقل تسامحاً، من العلاج الطويـــل المدى، وكما هو الحال في كثير من صور علاج سوء استخدام المـــواد فـــإن الجلسات الطويلة المدى، وخاصة جلسات المجموعات العلاجية TCs ، تعتمد على المرشدين الذين هم في المراحل الأكثر تقدماً من التحســـن مـــن ســـوء استخدام أو الاعتماد على المواد، كما أن كثير من البرامج الطويلة المدى ، بمـــا في ذلك جلسات المجموعات العلاجية، تقدم خدماتها للشـــباب في المنـــاطق الحضرية وهذا يعتمد على تمويل ومساعدة الجمهور، ومثل هذه البرامج غالبـــاً ما تكون جلسة لعلاج المراهقين الذين أدمنوا الأفيونات أو كراك الكوكـــايين ( بلوت، وكيلي، Plaut & Kelley, 1989)

وكما لاحظنا من قبل، هناك تغاير كبير في تركيب وفلسفة برامـــج المـــدى الأطول، وهناك تجمع من البرامج المستقيمة المحدودة Straight, Inc، وهـــذا البرنامج اليومي تم تنظيمه مع المترل من قبل والدين متطوعـــين ( فريدمـــان، شوارز ووتادا، Friedman. Schwartz, & Utada, 1989). وقد أخذ هؤلاء الوالدين المتطوعين أو أخذ أبنائهم المراهقين أيضـــا ضمـــن البرنـــامج المستقيم، وعلي الرغم من أن برنامج منتصف الطريق للمنازل يستخدم بشـــكل أكثر شمولية للبالغين في حالة تحسنهم ، إلا أن تقديم الإشراف في أماكن مغلقـــة والخطوة المتوسطة من العلاج الحامي المنظم، إلي العودة إلي البيت والمجتمـــع، وبالتالي فإن البرمجة العلاجية الحقيقية الكاملة غالباً ما تكون أقل ما يمكـــن في منتصف الطريق إلي المترل،كما أن وسائل العلاج الخارجي والمنظمات المحليـــة

الأخرى تقدم خدمات علاجية ومساندة إضافية، كما تتشابه مجموعة المنــازل في كل من العــــلاج المجتمعـــي therapeutic communities (TC) ومنتصف الطريق للبيوت، وعلى الرغم من اختلافها بشكل كبير في الـتركيب وتقديم المساندة على نحو مباشر، إلا أن جماعة المنازل قد تقــــدم مجموعـــات علاجية والدخول في جلسات مدمـــني الكحـــول والمخـــدرات المجـــهولين والالتحاق بخدمات الصحة العقلية.

### الأوضاع العلاجية الأخرى Other Treatment Settings

كما أن البرامج المستندة على المدرسة تتعامل مع استخدام المواد مـــن خـــلال الاهتمام عادتاً بالوقاية (أنظر الفصل العاشر )، وعلى أية حال، فـــإن برامـــج مساعدة الطالب student assistance programs (SAP) غالبـــاً مـــا تقدم الإرشاد بعد العناية وأيضاً لمجموعات الشاب ذوي المخـــاطرة العاليـــة، والكثير من البرامج المستندة على المدرسة تقدم مجموعات مساندة وخـــبرات تدخل أكثر تركيزاً من برامج الوقاية ( فليش، Fleisch, 1991).

### مضاهاة العلاج واختيار الأوضاع العلاجية Treatment Matching and Selection of Treatment Setting

وعلى نحو مثالي، فإن الوضع العلاج المعطى يزود المراهق بصورة فرديـــة بالنماذج الصحيحة من ناحية التركيز الملائم في البيئة الأفضل، وهذا يـــؤدي إلي أفضل النتائج عدد من مفاهيم أهداف التحسن العلاجي، ولقـــد لاقـــت

مكرة مصاهاة علاج المريض انتباه كبير نعـــلاج مسـيئي اسـتخدام المـواد البالغين،حيث أقر مكليـــلان، وودي، لوبورسـكاي، أوعـــبرين، ودرولي McLellan, Woody, Luborsky, O'Brien, and Druley (1983) بأن شدة الاضطرابات السيكاترية قد تكون دليل مهم علـى هـذه المضاهاة، فالبالغين الذين يسيئون استخدام المواد ويعانون مـــن اضطرابـات سيكاترية منخفضة قد يتحسنون سواء كانوا في وضع العـــلاج الداخلـي أو وضع العلاج الخارجي، والذين يعانون من الاضطرابات السيكاترية بدرجـة شديدة تميل إلي أن تكون أضعف في التحسن بغـض النظـر عـن الوضـع العلاجي، بينما الأفراد الذين يعانون من مستوى معتدل الشـدة مـن هـذه الاضطرابات يميلون إلي أن يكونوا أفضل في التحسن عن طريق وضع العـلاج الداخلي، وهناك عدد إضافي من دراسات المضاهاة العلاجية للبالغين مـازلت تجري ( مكليلان والترمان، McLellan & Alterman, 1991). ومـن خلال التقرير الوحيد المنشور عن دراسة مضاهاة العلاج للمراهقـين، أشـار فريدمـان، جرانيـك، كريشـنير، وتـرراس Friedman, Granick, Kreishner, and Terras (1993) إلي أنه من خلال المقارنة بين العـلاج الداخلي القصير المدى، والعلاج الخارجي الطويل اتضح أن العلاج الخـارجي الطويل المدى له تأثير أكبر وبدرجة دالة في خفض استخدام المـواد وسـوء استخدامها من قبل المرضى الذين يعانون من المشكلات الاجتماعيـة الحـادة بدرجة كبيرة نسبياً، والمشكلات الأسرية، ومشاكل العمل، كما أشارت هـذه الدراسة أيضا إلي وجود ميل نحو نتيجة أفضل من قبل المراهقين بالنسبة

للمشكلات السيكاترية الحادة، وعلى الرغم من أن هذه الدراسة لها تطبيقات محدودة عبر كل الأوضاع العلاجية الممكنة ولكل مجموعات المراهقين، إلا أنها تقترح بأن البرامج قد صممت بهدف العلاج الطويل المدى والذي من المفضل أن تكون برامج مختصرة، ومكثفة ، ومحددة .

كما أن مفهوم مماثلة علاج المريض يقترح بأن تلك المجموعات المختلفة من المراهقين قد تختلف في متطلبات علاجها وهذه الفلسفة "الحجم الواحد يلائم الكل " ربما لا تكون فعالة وملائمة، أو مربحة، بدون وجود المعالجة البحثية التي توجهنا في اختيار الأوضاع الملائمة للمراهقين بشكل فردي كما أن الإكلينيكيين بحاجة للاعتماد على خبرة وتوجيه الآخرين، ولقد قام المجتمع الأمريكي لطب الإدمان The American Society for Addiction Medicine (ASAM) بتطوير معايير مكانية placement تستند على قواعد اتخاذ القرار بشكل واضح ( مي-لي وهوفمان Mee-Lee & Hoffmann, 1992) ، وعلى الرغم من عدم استنادها على البحث الصارم الذي يشمل سوء استخدام المراهقين للمواد، إلا أن المعايير تزودنا بنقطة انطلاق معقولة لكي نأخذ في اعتبارنا مماثلة علاج المريض، كما أن معايير ASAM تمثل تطور آخر من الاعتراف بكليفيلاند، والإطلاق ونقل المعايير ( هوفمان، هاليكاس ومي-لي، Hoffmann, Halikas, & Mee-Lee, 1987). كما أن معايير ASAM لديها مكونات للتسليم، واستمرار الإقامة، والإطلاق.

وللتسليم، يقوم الإكلينيكي بتقدير المراهق على ستة أبعاد هي : التسمم / الانسحاب، والتعقيدات الطبية الحيوية، والمشكلات السلوكية الانفعالية ، وقبول العلاج / ومقاومته، واحتمالية حدوث الانتكاس، وتحسن البيئة. وبناء على معايير الشدة التي تنطبق على كل بعد، توجد أربعة مستويات محتملة من العناية هي: (١) العلاج الخارجي للمريض (٢) العلاج المكثف والذي يكون خارجياً وبصفة جزئية داخل المستشفي، (٣) العلاج الداخلي مع الملاحظة الطبية المكثفة ، (٤) العلاج الداخلي مع التنظيم الطبي المكثف. وعلى اعتبار أن مستويات العناية يتم تحديدها بمعايير شده البعد، يستطيع الإكلينيكي القيام بتحديد بروفيل الدخول الذي يكون بمثابة القاعدة لقرارات الإقامة ومستوى شدة العلاج المطلوب للمراهق. وعلى نحو مشابه، ترتكز مكونات الإقامة المستمرة استناداً على وجود بعض الأبعاد وعلى مستويات العناية، ولكن اختلاف معايير الشدة التي تحدد استمرار الإقامة والحالة المطلقة،وبروفيل استمرار الإقامة العاجلة بناء علي قاعدة تبرير استمرار الإقامة بهدف علاج خاص، وعلى نفس المنوال،تشير المعايير المطلقة التي تنطبق على مستوى العناية إلى أن المراهق يعد جاهز للإطلاق إلى مستوى أقل تركيزاً من العناية. وعلى الرغم من الفائدة الممكنة لهذه المعايير الخاصة بالإقامة، وخاصةً بالنسبة للعناية الصحة المنظمة، إلا أنه لا توجد دراسات تجريبية منشورة تدل على صدق هذه المعايير وقواعد الحكم، بالإضافة إلي أن برامج العلاج ذات المستويات المتعددة من العناية أو الشدة ليست متسقة في أنماط ونماذج العلاج التي تزودنا به وأيضاً مهارة الفريق العلاجي اللازمة

للعلاج، وبصيغة أخرى، يوجد هناك تغاير في النوعية بين البرامج العلاجية غالباً ما يجب أخذه بعين الاعتبار، كما أن غياب أبحاث التراث الموثقة عن كفاءة النماذج العلاجية المحددة للمراهقين الذين يعانون من مشكلات سوء استخدام المواد، يجعل من الصعب جداً مماثلة المرضى في العلاج أو في المستويات المحددة من العناية.

## علاج المجموعات الخاصة SPECIAL TREATMENT POPULATIONS

### التشخيص الثنائي للمراهقين Dually Diaguosed Adolescents

يشير علاج التشخيص الثنائي إلى العلاج المتزامن للمراهقين الذين يعانون من مشكلات سوء استخدام المواد، مع وجود المشكلات السيكاترية أو مشكلات في الصحة العقلية كالاكتئاب والقلق واضطراب عجز الانتباه مع النشاط الزائد، وهذا التشخيص قد يكون في بعض الأحيان تسمية خاطئة لاحتمالية وجود مشكلات متعددة (اثنان أو أكثر ) بالإضافة إلى سوء استخدام المواد في مجيء المراهقين للعلاج، وقد تكون بعض المفاهيم مثل " التشخيص المتعدد multidiagnosed " أو "المشكلة المتعددة multiproblem " أكثر ملائمة، كما أن وجود دلالة للمشكلات السيكاترية المصاحبة لسوء استخدام الشباب للمواد، والانتباه الواضح لهذه العينة الخاصة لا يمثل مفاجئة (بوكشتاين، برينت وكامنر (Bukstein,

Brent, & Kaminer1989. كمـــا أن المشـــكلات الســـيكاترية والسلوكية المصاحبة غالباً ما تشكل دوراً حرجاً في إحـــداث خطـــر بدايـــة واستمرار ،وشدة وحدوث الانتكاس لسوء استخدام المواد ومـــن الصعـــب وصف محتوي برامج التشخيص الثنائي للمراهقين. كما أن الحاجـــة للعنايـــة المنظمة تحث على تحويل البرامج التقليدية الســـابقة إلى برامـــج التشـــخيص الثنائي، كما أن مسمي التشخيص الثنائي ليس محدد أو حقيقي مـــن ناحيـــة الوصف ومثله مثل كثير من البرامج قد يستخدم مثل هذه التسمية عند قبـــول الشباب ذوي التشخيص المتعدد للعلاج بشكل مجرد، كما أن تكثيف عـــدد من البرامج في برنامج واحد فقط يعتقد أنـــه يتعـــامل مـــع المراهقـــين ذوي التشخيص المتعدد لم التأكد منه بدرجة كافية، وبعـــض الـــبرامج تســـتمر في العمل كالمعتاد بينما البعض الآخر منها تجرى عليه عدد من التعديلات بدرجـــة أقل أو أكبر لجعلها أكثر ملاءمة للمتطلبـــات الخاصـــة للتشـــخيص المتعـــدد للشباب، وهذا بالتأكيد يؤدي إلي تحسين العديد من البرامج الـــتي كـــانت لا تقبل في السابق مثل هذه المتطلبات الخاصة بالشباب لكي يتم قبولهـــم فيـــها، وتستبعدهم بسبب عجزها والتمسك ببرامجـــهم الموجـــودة، أو تحويلـــهم إلى الوحدات أو البرامج السيكاترية، ولسوء الحظ فإن البرامج الســـيكاترية ربمـــا تهمل سوء استخدام المراهق للمواد روتينياً في كل خطوة وبنفس قدر إهمالهـــا لمشاكلهم السيكاترية خلال برنامج علاج سوء استخدام المواد. وبغض النظـــر عن كيفية اختيار البرامج العلاجية لمسمياتها، يجب استخدام المعايـــير التاليـــة لتحديد البرنامج النوعي الذي يخدم الشباب ذوي التشخيص المتعدد حقا.

١ – يجب أن يزودنا البرنامج بتقييم حذر لكل من مشكلات سوء اســـتخدام المواد والمشكلات السيكاترية والسلوكية خلال التقييم التشخيصي الشامل.

٢ –يجب أن يطور البرنامج ويوصل النماذج العلاجية التي تسمي المشـــكلات السيكاترية والسلوكية،بما في ذلك " المداخل السلوكية والطبية عندما تكـــون ملائمة.

٣– يجب أن يشمل البرنامج الطفل والمراهق المؤهل سيكاترياً لكل مســـتويات العلاج بما في ذلك، التقييم، والتخطيط للمتابعة اللاحقة لعملية العلاج .

وخلف هذه المعايير والتوصيات الأساسية، توجد هناك استمرارية لكثير مـــن الخلافات حول دور النماذج السيكاترية داخل أي برنامج علاجـــي لســـوء استخدام المواد النفسية، وفي الحقيقة، فإن أكثر النماذج العلاجية التي تســتخدم لتحقيق هذا الغرض تكون عامة بحث أنها تستهدف كل من مشكلات ســـوء استخدام المواد، والمشكلات السيكاترية والسلوكية. ويعد كل مـــن التنظيـــم البيئي، والمهارات، وحل المشكلات، والعلاج الأسري ليست محددة لأي مـــن الصحة النفسية أو كمدخل لعلاج سوء استخدام المواد، كمـــا أن الخـــلاف الحقيقي يظهر في مستوى التقييم الذي يتطلبـــه البرنـــامج العلاجـــي لســـوء استخدام المواد، لتقييم ودراسة الاضطراب النفسي، مثل الاكتئـــاب، القلـــق ومشكلات الانتباه، والسلوك العدواني كقضايا منفصلة ربمـــا تؤثـــر علـــى استخدام أو سوء استخدام المواد أو تتأثر به، ولكنها مع ذلك تتطلب الانتبـــاه، هل البرامج صالحة لعلاج الاكتئاب أو القلق بالعلاج المعرفي أو الطبي بدلاً مـــن مجرد إزالة تلك "الأعراض" الناتجة عن سوء اســـتخدام المـــواد ؟ والتعليقـــات

المحددة على إمكانية استخدام النماذج السلوكية المختلفة ، والتدخلات الأسرية، والعلاج الطبي للمراهقين ذوي التشخيصات المتعددة سوف يتم التعرض لها في الفصل التاسع من هذا الكتاب.

والخاصية الأولية للمدخل العملي لعلاج المراهقين ذوي التشخيصات المتعددة تكمن في مرونته . وعلي الرغم من أن كل المراهقين تقريباً ، بغض النظر عن تشخيصاتهم ، يمكن أن يستفيدون من مزج عدد من النماذج العلاجية المتنوعة ، إلا أن توصيل هذه النماذج قد يتطلب تخصيصه لعدد من الخصائص النوعية للحالات الفردية من المراهقين، علي سبيل المثال، المداخل التي تتناول المراهق العدواني الذي يعاني من اضطراب الانتباه مع النشاط الزائد قد تختلف عن المداخل التي تتناول الانحراف الاجتماعي، وقلق المراهقة ، كما يجب أن لا يوصي باستخدام التكنيكات المقارنة إلى حدٍ كبير بالنسبة للعديد من حالات الشباب ذوي التشخيصات المتعددة، كما يجب علي كل البرامج التأكيد علي بناء واتساق الجلسات النوعية . كما أن قوة الشيوع غير المنظم قد يعزز التشوهات المعرفية والتحيز السببي الموجود عادتاً بين المراهقين الذين يسيئون استخدام المواد، كما يجب علي البرامج وأعضاء الفريق العلاجي القيام بنمذجة سلوك واستجابات البالغ المتكيف في جلسات علاج المراهق النوعية .

# المجموعات العنصرية والعرقية

علي الرغم من أن الفصول السابقة في هذا الكتاب قد تناولت وصف الطبيعة المتوطنة لاستخدام المواد من قبل المراهقين وأنماط الاستخدام الباثولوجي بينهم، إلا أننا قد أدركنا أيضاً استخدام المواد من قبل المراهقين ليست ظاهرة متفردة ، ولكن هناك عوامل مثل المصاحبات النفسية المرضية comorbid psychopathology ، والتاريخ الوالدي لسوء استخدام المواد، والعوامل البيئية الأخرى، قد تؤثر بدرجة كبيرة على وجود، وتطور، والاستجابة للعلاج المثالي، وفي النهاية، علي مآل اضطراب سوء استخدام المراهق المفرد للمواد النفسية، كما أن المجموعات النوعية من المراهقين قد يختلفون في أنواع ومستويات عوامل الخطر لتطور استخدام وسوء استخدام المواد، وحيث أن هذه الاختلافات قد تؤثر على التقييم المسحي وعلاج استخدام وسوء استخدام المراهقين لهذه المواد، ولذا يجب علي الإكلينيكي الإلمام بخصائص المجموعات النوعية، كما يجب عليه فهم الحقائق الثقافية وسياق تلك المجموعات النوعية عند التعامل مع أو تقديم أي نوع من التدخل لأي مجموعة عرقية أو عنصرية، أو ثقافية، حيث أن كل من تشغيل ومحتوى التدخلات والعلاج يجب أن تكون محددة ثقافياً كما يجب أن تستهدف الحاجات النوعية والخبرات الثقافية للمجموعة العنصرية أو العرقية المحددة من المراهقين وهذه " الحقيقة " المرتبطة بالتدخل قد يفاجئنا بدرجة كبيرة عندما نأخذ في اعتبارنا أن طبيعة " القرين " تلائم العديد من مداخل علاج سوء

استخدام المواد، فبالنسبة للمراهقين الأمريكان ــ الأفارقة ، علي سبيل المثال، لا تكون مجموعة القرين مجرد مراهقين آخرون فقط ، ولكن مراهقين أمريكان ــ أفارقة آخرين بشكل أكثر تحديداً.

## المراهقين الأمريكان - الأفارقة

عند التخطيط لعلاج الشاب الأمريكي ــ الأفريقي يجب أن نأخذ في اعتبارنا أن الثقافة الأفريقية الأمريكية لها تاريخها، وقيمها، واتجاهاتها الخاصة، كما أن الارتباط وإستراتيجيات بناء الثقة ، والإرشاد ومتغيرات المحددات الثقافية كالاتصال العيني، واللمس، والزمن الاعتباري، واللغة، والمسافة الاجتماعية يجب أن تؤخذ بعين الإعتبار ( المعهد القومي لسوء استخدام الكحول وإدمان الخمور National institute on Alcohol Abuse) (and Alcoholism. 1986. وبالنسبة لتكنيكات الإرشاد التي تعتبر أن الأنماط السلوكية المحددة ثقافياً تكون تكنيكات مباشرة ومقارنة وذات فعل موجه. وهناك عدد من الأدلة تشير إلى حساسية علاج الشاب الأمريكي ــ الأفريقي من سوء استخدام المواد نتيجة للمداخل الثقافية ( تومبسون، وسمونس، كوبر، Thompson & (Simmons-Cooper, 1989 ، كما أن تسهيل تطور الهوية الذاتية الموجبة والهوية الثقافية للشاب الأمريكي ــ الأفريقي قد يعد عنصراً أساسياً لأي تدخل، حيث يجب علي هؤلاء الشباب أن يتعلمون قبول أنفسهم قبل أن يطوروا دوافع الإنجاز لديهم أو أن يطوروا السلوك الموجب والمسؤول من قبلهم ، كما أن القيم الموضحة من المنظور الثقافي للأمريكي ــ الأفريقي تتضمن استكشاف سلوك الشاب وما إذا كان هذا السلوك يدعم

قيمه أم لا، ويجب علي المراهقين الأمريكان — الأفارقة أن يميزوا بين سلوكيات مواجهة الحياة في بيئتهم وسلوكهم الناتج بشكل مباشر عن استخدامهم للمواد أو سوء استخدامها، وكما يتعلم المراهقين أنواع السلوك تمثل المواجهة غير الوظيفية، يجب تشجيعهم علي أن يطوروا من قدرتهم علي صياغة البدائل السلوكية لهم،وأخيراً، يجب علي المراهقين البدء في فهم دور الانفعالات واستجاباتهم الخاصة للمشاعر كمحدد لسلوكهم .

والمداخل العلاجية الجماعية، مثل مدمني الكحول المجهولين، قد تكون مفيدة لمجموعات الشباب من الأمريكان — الأفارقة حيث أن هذه المجموعات تعكس الطبيعة العامة للتراث الأفريقي وثقافته، وهناك عدد من الخصائص الثقافية والقيم للأمريكان — الأفارقة التي تجعل من التعديلات العلاجية ضرورة ملحة ( صو وصو، Sue & Sue, 1990). كما أن لغة الأفريقي — الأمريكية غالباً ما تكون الإنجليزية غير القياسية، كما أن الاتصال عادتاً ما يعتمد علي السلوك غير اللفظي، كما أن الثقافة الأفريقية — الأمريكية تميل إلي التوجه نحو الفعل action-oriented بدرجة أكبر ،كما أنها تختلف في الزمن الاعتباري، وتستجيب بشكل تفضيلي إلي المداخل الإرشادية، والعلاجية المحسوسة، والمؤكدة، والبنائية. كما أن الأهداف الفورية والمتوسطة والقصيرة المدى تكون مهمة بصفة خاصة. وزيادة في التأكيد على الامتداد الأسرى، والإحساس بكون الأسرة جزء من مجموعة أكبر، وعلى الرغم من أن الحساسية الثقافية تكون أساسية لكل أعضاء الفريق العلاجي، إلا أنه لا

يمكن أن نقلل من الأهمية الحرجة للمجتمع لعدد من أعضاء الفريق العلاجي من الأمريكان – الأفارقة، فالشاب الأفريقي – الأمريكي، مثله مثل أي مجموعة أخرى من المراهقين، بحاجة إلي نماذج الدور للسلوك الملائم، والغياب المتكرر لهذه النماذج في مجتمعاتهم الحالية، يؤدي إلي أهمية وجودها خلال العلاج أو التدخلات. وهناك العديد من المداخل العلاجية المتمركزة حول الأفارقة التي قد تم وصفها ، ولقد افترض رو، وجريلز Rowe and Grills (1993) بأن علاج العقار والكحول الموجه نحو الأمريكان – الأفارقة يجب أن يختار قواعد متمركزة ثقافياً ويؤكد على مساعدة الأمريكان– الأفارقة لكي يطوروا أنشودتهم الزنجية، بشكل شخصي، وأسري، بصفة عامة، وأن يعوا بمنظماتهم .

وتعد قضايا العناية اللاحقة مهمة خصوصاً نتيجة الحقيقة المعطاة بأن المراهقين سوف يعودون إلى البيئة ،حيث يكون من السهل الوصول إلي العقار، وحيث يكون نقص المساندة الزوجية والانفعالية، والاجتماعية من العوامل التي تزيد من خطر الانتكاس السريع والعودة إلي استخدام المواد، ولمواجهة هذه العوامل، يكون المراهقين بحاجة متزايدة للمعارف ومهارات حل المشكلة ومجابهة وقائع حياتهم بأسلوب أكثر ملاءمة ، كما يجب على البيئة العلاجية المكثفة ،وخدمات العناية اللاحقة خلق وتدعيم البيئة الصحية الآمنة بقدر الإمكان، وكما هو واضح، تكون التدخلات الأسرية ضرورية، وقد يكون من الضروري الاستعانة بالوكالات الاجتماعية، مثل مراكز رعاية الطفل ومراكز خدمة المجتمع، حيث يعد وجودها ضرورة ملحة،

كما أن التدخلات الجماعية من قبل المنظمات الحكومية وغـــير الحكوميـــة ، كما تعد الوكالات والأفراد ضرورة لتنمية وتوفير بيئة لا تسمح فقط بـــالصفح عن ما قام به المراهق من سوء استخدام المواد، ولكن أيضا حمايته مـــن ســـوء الاستخدام في المستقبل الذي قد يحدث من قبل الشبان الأمريكان – الأفارقـــة الآخرين الأقل احتمالا للقيام بهذا .

وخلال التسعينات من هذا القرن كان تكـــرار حـــدوث المشـــكلات الرئيسية البيئية ، والأسرية، والاجتماعية بالإضافة إلى ســـلوكيات اســـتخدام المواد بصورة واضحة، والسلوكيات المنحرفة، والمصاحبات السيكاترية كـــانت بحاجة إلي وسائل تدخل مكثفة بدرجة أشد بالإضافة إلى المداخـــل العلاجيـــة التقليدية لسوء استخدام المواد، ويعد تنظيم الحالة المكثفـــة ونمـــاذج الوقايـــة الأسرية من المداخل المكثفة التي تتعامل مع مدي واســـع مـــن المشـــكلات الشخصية والبيئية داخل الســـياق الاجتمـــاعي للمراهقـــين ( هينجيلـــير، (Henggeler, 1991.

## المراهقين الأسبان

على الرغم من تشابه كثير من القضايا الخاصة بالحساسية الثقافية الـــتي تنطبق علي الأمريكان– الأفارقة والقابلة للتطبيق على الأسبان، إلا أن المحتـــوى النوعي قد يختلف بوضوح، حيث أن اللغة ذات الطبيعة الثنائية لثقافة الأســـبان الأمريكيين تجعل اللغة والاتصال أكثر أهمية ، كما أن الصراعات الحادثة بـــين

الشباب الأسبان وبين من هم أكبر منهم، أو بينهم وبين المجتمع بشكل عـــام، غالباً ما يكون ظاهر خلال مواقف التحديد العرقي، ومواقـــف الازدواجيـــة الثقافة وأدوار الجنس، ولون البشرة، والإحساس بالذات خلال علاقة الفـــرد بأسرته ( صو، وصو، Sue & Sue, 1990). كما أن الروابـــط الأســـرية القوية للأسبان والصراع الداخلي العام في ظل التغريب الحتمي قد يكون مـــن القضايا الرئيسية التي تظهر بوضوح بين الشباب الأسبان، وبوجه عـــام،فـــإن المجموعات الناطقة بالإسبانية تختلف عن الأفراد البيض في عدد من المتغـــيرات ( صو، وصو، Sue & Sue, 1990)، فبالإضافة إلى اللغة، يكـــون الأســـبان أكثر تمركزاً حول الولاء والارتباط القوي بالأسرة الكبيرة، وبالمكان ،كما هـــو الحال بالنسبة للأمريكان– الأفارقة، وأيضاً التأكيد على أن يكونوا متوجـــهين بالفعل action-oriented . ومن ثم فإن الأسبان قد يكونوا أكثر احتماليـــة للإستجابة للمداخل العلاجية ، والمنظمة،وذات الأهداف المتوسطة والقصـــيرة المدى.

كما يمكن ترجمة الفروق الثقافية للأسبان إلى عدد مـــن الاهتمامـــات الرئيسية خلال التدخلات العلاجية التي تتم مع المراهقين الذين يعـــانون مـــن سوء استخدام المواد، كما يجب أن لا يكون التقييم والعـــلاج ذو حساســـية للنواحي الثقافية فقط ، ولكن يجب أن يكون محدد ثقافياً ويؤكد على وضـــع الدور الأسري ، وهوية المراهق، والتفضيـــل اللغـــوي، وشـــبكة العلاقـــات

الاجتماعية، وعملية التغريب لجماعتهم الأسبانية النوعية، وحيث أن الكبرياء العائلي، والمساندة، والتضامن هي من الخصائص المهمة في التراث الأسباني، فإنه من المهم الاستعانة بالأسرة في عملية العلاج ، وأيضاً إشراك عدد من أعضاء الأسر الأخرى كجزء من شبكة المساعدة، كما أن الاستعانة بالعناصر غير التقليدية كالعلاج بالطب الشعبي folk-healers ،والروحي (Espiritistas) بالتوازي مع الاستعانة بطرق علاج سوء استخدام المواد التقليدية الأخرى قد يكون مفيداً بدرجة كبيرة.

المراهقين الأمريكان المحليين ***Native American A adolescents***

على الرغم من أن الشبان الأمريكان المحليين يشكلون أقلية صغيرة جداً مقارنة بعدد المراهقين بالولايات المتحدة الأمريكية، إلا أن المعدلات الزائدة بدرجة كبيرة لانتشار سوء استخدام المواد بينهم يحتاج لمناقشة عدد من القضايا المحددة الخاصة بهذه المجموعة. فالشاب الأمريكي المحلي منعزل جغرافياً، وكثير منهم يعيشون علي حد الكفاف كما تنتشر بينهم معدلات المرض والانتحار بدرجة كبيرة ( لافرومبويس، LaFromboise, 1988) ، ولقد تم مناقشة المعدلات المرتفعة لانتشار سوء استخدام المواد بين المراهقين الأمريكيين المحليين سابقاً، ومن ثم ليس من المستغرب أن يكون الأمريكيين المحليين على رأس المجموعات العرقية الأخرى بالولايات المتحدة في نسب الإصابة بمرض التليف الكبدي، ومرض السكر الناتج عن التشوه الجنيني، وجرائم القتل ،والحوادث القدرية ، كل هذه الأشياء ترتبط باستخدام

الكحول (مونتشـــير، هولديـــن وترمبـــل، & ,Moncher, Holden) Trimble, 1990 كما أن الشاب الأمريكي المحلي قد يميل نحو تجريب المـواد النفسية في سن مبكر مقارنة بالمجموعات العرقية الأخرى ( أوتينـج، إدواردس، غولدشتاين وغارسيا، ,Oetting, Edwards, Goldstein, & Garcia) 1980. وتري نظرية التغريب أن الشباب ذوي الخلفيـات الثقافيـة الأقليـة يشعرون بضغوط أكثر في حالة عدم تنميتهم لمهارات الازدواجيـة الثقافيـة (لافرومبويس، ;LaFromboise, 1988)؛ (شينك، مونتشـير، باليجـا، زايـاس وشـلنغ، & ,Schinke, Moncher, Palleja, Zayas) Shilling, 1988 حيث تمثل مهارات الازدواجية الثقافية تلك المهارات الـتي تتيح للفرد نوع من التفاعل المنتج، والمريح مع الثقافة السائدة وثقافة الأقليـة، وقد يؤدي نقص هذه المهارات إلي الضغوط واسـتخدام المـواد كاسـتجابة لمواجهة هذه الضغوط، ويتشابه الأمريكان المحليين مع البيـض والأمريكـان- الأفارقة والأسبان في عدد من المفاهيم كاللغة والتوجه العملي، وتقدير العائلـة الكبيرة، والتأكيد على الأهداف القصيرة المدى، وتفضيل المداخـل المنظمـة والبنائية ( صو، وصو، Sue & Sue, 1990)، وعادتاً ما يقوم الأمريكـان المحليون بالاستعانة بالفلكلور أو بالتفسيرات الغيبية للظواهر أو الخصائص البيئية، كما أن كثير من الشباب الأمريكي المحلي أكـثر عزلة من الجماعات العرقية والعنصرية الأخرى بالنسبة للانتشار الثقافي الـذي حدث خلال التسعينات من هذا القرن، ومن الضروري أيضاً معرفـة أن الأمريكان المحليين ليست مجموعة متجانسة، حيث وجد ما يزيد علـى ٥٠٠

قبيلة معترف بها من قبل الاتحاد الفيدرالي، وما يزيد عن ٣٠٠ قبيلة غير معترف بها من قبل الاتحاد ولقد وجد مانسون وترمبل، Manson & Trimble, 1982 عدد متنوع من المواقع الجغرافية المختلفة، خلال عمليات التقييم والعلاج التي تشتمل علي موظفون من نفس القبيلة، غالباً ما كان يتم الحصول علي المعلومات الشخصية والاتجاهات والقيم النوعية عن الفرد أو عن قبلته بصعوبة، ويعد تعديل جماعات المساندة الذاتية التقليدية مثل جماعة مدمني الكحوليات والمخدرات المجهولين أمر ضروري للكشف عن المشكلات العامة ومناقشتها دون الكشف عن المشكلات الشخصية وأيضا تقليد عدم التدخل في قضايا الآخرين ، ومثل هذه الإجراءات قد تعرقل أكثر الطرق التقليدية نجاحاً وهو مدخل علاج مدمني الكحول أو المخدرات المجهولين (GNAW. 1986). وكما يتم حفز الأمريكان المحليين عن طريق تشجيعهم على مساعدة أسرهم، وقبائلهم، ومجتمعاتهم، كما تشتمل اهتمامات العناية الخاصة اللاحقة على التعليم، والعمل، والتدريب التي تعد من الأمور الضرورية للمواطن الأمريكي لكي يصبح ذو نمط حياة منتج.

وتتشابه قضايا التدخل النوعي والمداخل العلاجية التي يتم استخدامها مع الشباب الأمريكان المحليين مع تلك المستخدمة في علاج الجماعات العرقية والعنصرية الأخرى التي تم مناقشتها من قبل، ومن ثم يجب أن يكون التقييم والعلاج ذو حساسية ثقافية ونوعية ، كما يجب أن يتعامل مع الوقائع الاقتصادية والاجتماعية للأمريكان المحليين، حيث أن التعامل مع قضايا الهوية والاكتساب الملائم لمهارات الازدواجية الثقافية من قبل المراهقين الأمريكان

المحليين تعد أساسية، ونتيجة العزل الجغرافي للعديد من المجموعات الأمريكيـــة المحلية ، وعدم التجانس بينهم ، تكون هناك احتماليـــة لاســـتخدام الـــبرامج النوعية المحلية معهم بدون الاعتبارات الثقافية المتعددة.

## المراهقين الآسيويين

تعد نسب انتشار استخدام أو سوء استخدام المواد بين الشباب الآسيويين مـــن أقل نسب الانتشار بين الشباب الأمريكي بصفة عامة، ومن ثم هل ســـتنجح التأثيرات الناتجة عن عملية التغريب مستقبلا في إيجاد استخدام المواد المرتبـــطة بالمشكلات بين أجيال الشباب الآسيويين أم لا ؟ لننتظر حتى نـــري ذلـــك.

تشتمل الجاليات الأمريكية الآسيوية على العشرات من الأقليات المنفصلـــة في القوميات والهويات العرقية، وكل منها متعلق باتجاهاته الخاصة، ومعتقداتـــه، وتقاليده، وهناك عدد من القضايا البارزة تظهر خـــلال عـــلاج الأمريكـــان الآسيويين، من بينها: عوائق اللغة، التميز بوجود أي سلوك منحرف في الثقافـة الآسيوية، ودور الأسرة في تحمل مسؤولية أعضائها قـــد يـــؤدي إلي وجـــود عقبات كبيرة لأعضاء الفريق العلاجي ومن ثم يجب عليهم التغلـــب عليـــها، وكما هو الحال في المجموعات العرقية والعنصرية الأخرى، يجب علي الفـــرد أن يجاهد لكي يحصل على موظفين للمساعدة من نفس المجموعة وأيضـــاً وضـــع المريض في مجموعات المساندة الذاتية مع أعضاء لهم نفس الخصائص الثقافية.

وباختصار، فإن مداخل الفحص، والتقييـــم، والعـــلاج، والعنايـــة اللاحقـــة للمراهقين الذين يعانون من سوء استخدام المواد ذوي الخلفيـــات العنصريـــة

والعرقية المختلفة بحاجة إلي أن نأخذ في اعتبارنا عدد من المعايير الأساسية لكي نقدم خدمات فعالة، وهذه المعايير تشتمل علي:

١- تطور الحساسية الثقافية من خلال عدم المفاهيم مثل معرفة الخصائص العنصرية / العرقية للسكان، وقيمهم ، وسلوكياتهم .

٢- توفر عدد قليل من أعضاء الفريق العلاجي من المجموعة العنصرية / العرقية النوعية لكي يقدموا خدمة دور النماذج.

٣- استمرار وجود أعداد كافية من الشباب في نفس الأقلية ضمن العينة التي يقدم لها العلاج.

٤- تطوير مداخل علاجية معدلة للوفاء بالمتطلبات العنصرية / العرقية للعينات العلاجية.

٥- زيادة التأكيد على الخدمات الشاملة لتحديد الحاجات البيئية والاجتماعية الدالة لكثير من شباب الجماعات العنصرية / والعرقية وأسرهم .

### المراهقات الحوامل **Pregnant Adolescents**

بشكل عام خلال علاج المراهقة الحامل لابد من معرفة أن الاهتمامات العلاجية يجب أن تمتد بحيث تشمل فردين هما المراهقة وطفلها الموجود في رحمها، وخلال فترة العلاج ومنذ التعرف على الحمل والذي يتزامن مع سوء استخدام المواد الذي قد يؤدي إلي الإجهاض، يصبح حمل المراهقة هو القضية الأولية لها وللإكلينيكي المعالج، وبشكل مبدئي يجب على الإكلينيكي أن لا يقوم بمجرد تقييم مدى استخدام المواد من قبل المراهقة الحامل على أنها

المشكلة الوحيدة فقط، ولكن يجب عليه الحصول أيضاً على الاستشارة الملائمة بالنسبة لتأكيد الحمل، وعمر الجنين، ووجود أي دلائل تشير إلى وجود مزيد من عوامل الخطر الأخرى على الحمل، والولادة، والإجهاض، وإذا كانت لدي المراهقة ميل، اعتبارات قوية يجب أن تعطي لإجهاض الحمل، وعلى أية حال، يجب على موظفي البرنامج أن يأخذوا في اعتبارهم أيضاً إمكانية رد الفعل السلبي من قبل الأسرة وأعضاء الفريق العلاجي الآخرين تجاه قرار للإجهاض، وطبقاً لمفهوم دافعية المراهقة قد يعد معرفتها بالحمل إلى حد ما حافز مهم للعلاج أو التوقف عن الاستمرار أو الامتناع بشدة عن استخدامها للمواد ، حيث أظهر البحث انخفاض دال في استخدام مزيد من المواد بعد أن أصبحت عملية الحمل معروفة ( كورنيليوس،وداي (Cornelius, Day et al., 1993). وعلى أية حال، فإن التغيرات الإيجابية العابرة في الدافعية أو في استخدام المواد يجب أن لا تمنع الإكلينيكي من أن يأخذ في اعتباره التأثيرات القصيرة المدى الناتجة عن التغير في نمط الاستخدام للمواد على المراهقة الحامل وجنينها. كما أن الشك أو المعرفة بالأعراض الانسحابية لأم المستقبل في وجود الإدمان الفسيولوجي على بعض المواد كالأفيون، والمخمدات – المنومات، أو الأنماط الدالة من استخدام الكحول يتطلب تنظيماً جيداً ، وفضلا عن الاهتمامات الواضحة حول العلاج المحدد لاستخدام المواد، تعد العناية بمرحلة ما قبل الولادة أساسية ، وخاصة بالنسبة لحالة الخطر العالي للمريض تماماً عندما تكون المراهقة مسيئة لاستخدام المواد بدرجة كبيرة، كما تعد ضغوط الأمومة المراهقة ذات أهمية كبيرة؛ ومن ثم،

يعد من الضروري عدم تأجيل جهود العلاج حتى ما بعد الحمل، كما يتشابه محتوى الكثير من علاجات المراهقات الحوامل من سوء استخدامهن للمواد مع تلك العلاجات الموجهة نحو المراهقين بشكل عام، ويجب على أعضاء الفريق العلاجي توجيه تحذير كمحاولة لوقاية المراهقة الحامل ( أو المجهضة ) من أن تصبح مشتتة في كل من مرض جنينها أو في ما يطلبه منها أعضاء الفريق العلاجي، وغالباً ما يؤدي الحمل وحالة ما بعد المخاض po st-partum status التعاطف والتمكين لسلوكيات أخرى من قبل الآخرين، وهذا يسمح للمراهقة بالهرب من الفحص الدقيق وأن تكون أكثر حذراً عند عرض مشاكلها المرتبطة باستخدامها للمواد، وكما هو الحال بالنسبة للمجموعات العنصرية أو العرقية الأخرى أو العينات المرضية النوعية، تعد البرامج العلاجية المتخصصة، وحساسيتها، والتدريبات المتخصصة لأعضاء الفريق العلاجي ضرورية لنجاح عملية العلاج، وعلى الرغم من هذا، تبقى حالة المراهقة الحامل حقيقة مؤكدة، وأي وضع علاجي يتم التعامل به معها يجب أن يكون لديه تغطية لعملية الولادة بشكل ملائم، وأن يكون لديه عدد من الوسائل التي تعالج عامل خطر الحمل والإجهاض. ومن أفضل جهود التدخل نجاحاً مع المراهقات الحوامل الشمولية أو ما يسمى بموضوعات المساندة الاجتماعية والبيئية العريضة ( هاردى وزابن، Hardy & Zabin, 1991). كما أن الحصول على التدخل والمساندة من قبل الأسرة واستمرارها تعد مهمة بدرجة كبيرة في تحسين التأثيرات الطويلة المدى للأم المراهقة، كما أن تحديد النسل،

بما في ذلك التربية المرتبطة بطرق واختيار مواقع الحمل الملائمة، تعد من أكثر الطرق العملية وأكثرها فاعلية في التحكم في الحمل والولادة كما أنها من المكونات المهمة في البرمجة والمتابعة، كما يجب أن يتضمن العلاج أيضا على التعليم والوصول إلي مصادر أو فرص التدريب علي العمل .كما أن كثير من نفس القضايا العلاجية والتنظيمية للمراهقات الحوامل، اللاتي يسئن استخدام المواد يستمر تقديمها أيضاً بعد الحمل، ومن أفضل النتائج التي يمكن ملاحظتها علي الأمهات المراهقات تلك الناتجة من استخدام البرامج الشاملة التي تقابل كل الاحتياجات الطبية والاجتماعية (هاردي وزابن، Hardy & Zabin, 1991). كما العناية اللاحقة تظهر عدد من المشكلات المحتملة، فالمراهقات ذوات الخطر العالي اللاتى غالباً ما يصبحن مسيئات لاستخدام المواد، يكن من المراهقات الحوامل، وبعد العلاج المكثف وبعد الولادة، عادتاً ما تعيش المراهقة وطفلها في بيئة ذات خطر عالي، ويوجد ليس هناك ما يدعوا إلي الاستغراب، فالضغوط الواقعة على الأم المراهقة قد تدفعها إلي احتمالية الانتكاس بدرجة كبيرة، حيث أن سوء معاملة الطفل وإهماله من النتائج المتكررة عن إساءة استخدام أحد الوالدين للمواد ( كابلان، بيلكوفيز، سالزينجير Kaplan, Pelcovitz, Salzinger, et al., 1983). وبهذه الطريقة، يظهر جيل آخر يقع في خطر عدد متنوع من النتائج النفسية الاجتماعية السلبية، والتي تؤدي في النهاية إلي استخدام وسوء استخدام المواد.

نتيجة لشدة المشكلات الاجتماعية والنفسية وعـدم تجـانس عينـات الشباب المشردين أو الهاربين، فهم بحاجة إلي تدخلات شاملة يتكـامل فيـها العلاج الإكلينيكي مع المساندة الاجتماعية الشاملة المكثفة، وبغض النظر عـن نقطة التقائهم بالنظام الاجتماعي السائد – فهم علي سـبيل المثـال، بحاجـة للعناية الطبية، والعلاج من استخدام المواد ، والملجأ، والسكن، أو مسـاعدة الناس، ومن ثم فإنه من الضروري علي الإكلينيكيين وموظفـي الوكـالات الاجتماعية أن يكونوا علي وعي بالمشكلات المتعددة الإضافية التي غالباً مـا تقع علي عاتق هؤلاء المجموعة من الشباب، وبالتالي فإن العلاج لا يمكـن أن يكون من النوع الأحادي البعد، فالشباب المشرد أو الهارب عادتاً ما يشك في " النظام" ومن ثم فهم يدركون بأن النظام هو السبب الرئيسـي في فشـلهم، كما أن الدافعية للدخول في عملية العلاج غالباً ما تكون ضعيفة جداً، ومـن وجهة نظر الإكلينيكيين فإن المشردين المسيئين لاستخدام المـواد مـن أكـثر المجموعات التي لا ترغب في العلاج ومن الصعب جداً ترشيحهم لـه نتيجـة لتعدد مشكلاتهم ( رايت وويبر، Wright & Weber, 1987)

وللتعامل مع كثير من المشكلات خلال علاج الشباب المشردين أو الهـاربين، يجب الامتداد، بحيث يشتمل ذلك على ترتيبات المساعدة الإسكانية والـبرامج العلاجية الفردية أو التخطيط لذلك، وهذه الجهود توجه إلى المستوى الوظيفـي للمراهقين وتأخذ في اعتبارهـا أي مشـكلات مصاحبـة أو الاضطرابـات

السيكاترية (المعهد الطبي Institute of Medicine, 1988). ويجب على المتدخل القيام بتزويدهم بحاجاتهم المتعددة عن طريق تنمية واستمرار تقديم الخدمات الملائمة للصحة النفسية، والإسكان، والتدريس والتدريب المهني، والمساعدة العامة أو تحسين أوضاعهم، وهذا يتطلب أفضل جهود البرامج العلاجية النوعية، ويجب أيضا تعاون برامج الخدمات الاجتماعية المتعددة. ومن خلال المفاهيم الخاصة بالمداخل النوعية لعلاج مجموعات المراهقين المشردين أو الهاربين من سوء استخدام المواد، هناك عدد من القيود الواضحة، ومن أبرز هذه القيود غياب شبكة المساندة الملائمة، بصفة خاصة المساندة الأسرية، حيث أن نقص المساندة والوظيفة الأسرية تعد من أكبر العوامل المفردة المترابطة بتشرد الشباب ( مكتب التعداد العام General Accounting Office, 1989)، ففي حالة غياب الأسرة يكون الأمر صعب جداً، ومن ثم لا بد من توفر أنظمة مساندة بديلة، من خلال إمكانية إعادة البناء الأسري و توجيه المصادر المتاحة، نحو خفض الصراعات الأسرية وخفض الضغوط الأسرية عن طريق التعرف علي المشكلات الأسرية، سواء كانت الإدمان أو الإسكان، أو العمل ( شان، Shane, 1989).

وتنتشر الجنسية المثلية أو الإساءة الجنسية بين عينة الشباب المشردين، مع وجود أمراض نفسية أخرى دالة مثل الاكتئاب الذي عادتاً ما يتطلب تدخلات علاجية نوعية موجهة نحو هذه القضايا، كما أن العناية الطبية، التي

تشتمل على مرض الإيدز الذي يرتبط بالتدخلات والتربية، تعد من المكونـــات الحرجة أيضاً للنظام الشامل من العناية المقدمة للشباب المشردين أو الهاربين .

## الشباب الشواذ جنسياً

على الرغم من وجود نسبة كبيرة من المراهقين الذكور قد مروا علـــى الأقل بخبرة اللواط ولو لمرة واحدة ( سورينســون، Sorenson, 1973) ، إلا أن هناك عدد صغير جداً فقط من هؤلاء المراهقـــين يحـــددون أنفســـهم بوضوح علي أنهم شواذ جنسياً ( ريمافيدي، ريســـنيك، بلـــوم وهـــاريس، Remafedi, Resnick, Blum, & Harris, 1992). كما أن البيانـات التي تم التوصل إليها من خلال الدراسات التي أجريت على البـــالغين الشـــواذ جنسياً البالغين تشير إلى أن حوالي ٣٠ ٠/٠ منهم يسيئون استخدام المـــواد ( كاباج، Cabaj, 1992). وهناك كثير من العوامل المرتبطة توضـــح زيـــادة حدوث سوء استخدام المواد بين البالغين الشواذ جنسياً وتنطبق على هـــؤلاء المراهقين ،فالضغوط الناتجة عن انتهاك المحرمات الاجتماعية والمنـــع الثقـــافي للواط وشيوع الازدواجية التي تدور حول التعامل الجنسي بين شخصين مـــن نفس الجنس قد تؤدي إلى استخدام المواد كوسيلة للتعامل مع المشاعر غـــير المقبولة، فغالباً ما يتعاطون الكحول أو العقاقير الأخرى لمعاشرتهم، وتغلبـــهم على خوفهم الداخلي وعلي إنكارهم، وقلقـــهم أو حـــتى اشمـــئزازهم مـــن نشاطهم الجنسي الشاذ نهائياً (كاباج،Cabaj, 1992). وهذا أمر حقيقـــي خاصة خلال الخبرات المبكـــرة مـــن الشـــذوذ الجنســـي أثنـــاء مرحلـــة

المراهقة، وعن طريق تبني المراهقين لهوية الجنسية المثلية، فـــإنهم يفـــترضون " شذوذ " هويتهم من خلال نظرة المجتمع لهم ، ومن ثم، فإن تلاقـــي وجـــود السلوكيات الشاذة الأخرى كسوء استخدامهم للمواد ليس أمـــراً مســتغرباً بالنسبة لنا كما تتشابه اعتبارات تقييم وعلاج الشباب ذوي الجنسية المثلية مـع تلك المستخدمة مع المجموعات الخاصة الأخرى من المراهقين، فخلال معظـــم الجلسات العلاجية للمراهقين، ما لم يكن الإكلينيكي مدرب جيداً ومــــدرك، أو ما لم يكن المراهق صادق، فإنه من غير الطبيعي أو من الصعب تمييز هـــؤلاء الشباب خلال جلسات التقييم المبدئي، وإذا تم التعـــرف علـــي المراهـــق ذو الجنسية المثلية، فغالباً ما يكشف عن اضطرابه خلال المرحلة العلاجية، وهـذا تم عادتاً في المراحل الحساسة جداً عندما تبدأ دفاعــــات المراهـــق في الضعـــف ويخفض من إنكاره لها، وما لم يكن الإكلينيكي وأعضاء الجلســـة العلاجيـــة يخبرون أو مهيئين للتعامل بصدق مع الشاب ذو الجنسية المثلية، فمن المحتمـــل أن يؤدي كشف المراهق إلي تشتته تماماً وإعاقـــة إقرانـــه وأعضـــاء الفريـــق العلاجي، كما أن الأقران المراهقين الموجودين للعلاج الذين قد يكون لديـــهم مسبقاً مستوي دال من القلق يتم التعامل معهم بمزيد من العموميـــة، ولكـــن القضايا العلاجية الحساسة قد لا يتم الكشف عنها وذلك من خـــلال عـــدم الكشف عن توجه القرين نحو الجنسية المثلية، وسواء كان الكشف ازدواجيـــة القرين التي تدور حول هويته أو هويتها الجنســـية أو نقرهـــا في المخـــاوف الإنسانية الثقافية **taps into cultural homophobia** فإن خطر عرقلـــة البرنامج العلاجي يكون حقيقياً، وفي معظم الجلســـات العلاجيـــة، يســـتطيع

المعالج ذو الخبرة توجيه الانتباه إلى الموضوع الوثيق الصلة الذي نتناوله، وهو سوء استخدام المواد والسلوكيات المرتبطة به. ومن ثم ، يجب علي الفرد أن يأخذ في اعتباره وجهة نظر أعضاء الفريق العلاجي ووجهة نظر الشخص نفسه في السلوك الجنسي المثلي، وإذا كان وجود الشاب ذو الجنسية المثلية في جلسة علاج خاصة وهذا يتعارض مع وجهات النظر الشخصية لأعضاء الفريق العلاجي عن مدى ملائمة تلك النوعية من العلاج للتأثير على المراهق فيجب تحويله إلي برنامج آخر مشار إليه بشكل منفصل يكون أكثر ملائمة لقبول الشباب ذوي الجنسية المثلية وتم تجريبه في علاجهم، وعلى الرغم من أن الفرد قد يصادف وجود مراهقون من الذكور ذوي جنسية مثلية بصورة متكررة، إلا أن وجود السحاق lesbian أو الأنثى الشابة ذات الجنسية المثلية يكون من النادر التعرف عليها، كما يوجد قليل من المعلومات في الوقت الراهن حول سوء استخدام المواد وعلاجها من قبل هذه المجموعة من المراهقين.

وإذا أصبحت قضايا الجنسية المثلية بارزة، فيجب علي أعضاء الفريق العلاجي مساعدة المراهق في استكشافه للصراعات التي تدور حول الهوية كما يجب أن تأخذ هذه المساعدة شكلاً واقعياً ومعقولاً عن قرارات الهوية الجنسية بدون الهيبة من قيمهم وأحكامهم الخاصة .

## انحراف الأحداث

يعد السلوك الشاذ من أكثر عوامل الخطر الوثيقة الصلة بتطور استخدام المواد من قبل المراهقين، حيث أشارت عدد من الدراسات إلي وجود علاقة بين استخدام المراهق للمواد وارتكابه للجريمة أو السلوك المنحرف ( إليوت، هويزينجا ومينارد، (Elliot, Huizinga, & Menard, 1989 ،(كانديل، سمتشافاجين ودافيس، & Kandel, SimchaFagen, Davies, 1986). حيث بلغت نسبة من أساء استخدام العقار ٧ ٠/٠ من كل المنحرفين الأحداث خلال عام ١٩٨٩، ١٠ ٠/٠ من كل حالات في سن ١٦ سنة أو أكثر ( مكتب قاضي الأحداث ووقاية القصر ١٩٩٢). ويوجد لدي المنحرفين الأحداث مشكلات متعددة تشتمل علي التاريخ السابق من الإساءة الجسدية والجنسية، والاضطرابات النفسية، والمشكلات الأسرية، وضعف في التوظيف الأكاديمي ( دمبو، ويليامز وشميدلر، (Dembo, Williams, & Schmeidler, 1993. كما أن السلوك الشاذ يصمد بدرجة كبيرة ولفترة طويلة في مقاومة التدخلات العلاجية أيضا (كازدين Kazdin, 1987)

ونتيجة للأهمية التي يعطيها المجتمع لكل من السلوك الجانح وسوء استخدام المواد، أصبح التدخل ضروري، وكما هو متبع مع تعدد المشكلات الحرجة، فإن العلاج الشامل المقدم للشباب ذوي التشخيصات السيكاترية المتعددة مع سوء استخدام المواد النفسية يكون صالح للمنحرفين الأحداث. وعلى نحو مشابه

فإن مداخل التدخل الشامل يعد ضرورياً لهؤلاء الصبية، كما أن التدخل المبكر والبرامج التحويلية diversionary programs قد أمدت الشباب وأسرهم بالتربية النفسية، وأدي ذلك إلي تغيرات في النواحي المعرفية، والاتجاهات والمشاعر تجاه استخدام المواد ( كليزنر، فيشر، ستيوارت وجلبرت، Klitzner, Fisher, Stewart, & Gilbert, 1991). ولقد قام هاوكينس، كاتالانو، وويلز Hawkins, Catalano, and Wells (1986) بتقديم برنامج تدريبي علي المهارات السلوكية -المعرفية لمدة عشرة أسابيع لعدد من الأفراد داخل مؤسسة أحداث، وتلي ذلك تنظيم الحالة لمدة ستة أشهر لتعزيز التكيف مع البيئة السائدة. وتكمن أهمية خدمات العناية اللاحقة في عدم إخفاقها عادتاً في تقدير الجزء الأضعف من نظام توصيل الخدمة العلاجية ( ديمبو، ويليامس وشميدلر، Dembo, Williams, & Schmeidler, 1993). كما الخطر الزائد لتكرار حدوث السلوك المنحرف من قبل الأحداث وحدوث انتكاس في استخدام المواد يؤدي اقتراح بضرورة وجود مساعدة أو تدخل طويل المدى، كما أن الوعود الكبيرة بالنجاح النهائي للعلاج ولوظائف التكيف للمراهق الجانحين قد تكون غير صادقة خلال التدخلات المتكررة على فترات طويلة من الزمن، ولذلك يجب تدعيم هذه التدخلات من خلال تحسين المهارات الاجتماعية والتربوية، والمهنية (NIDA, 1992)، (بيكينس، ليوكيفيلد وشوستر، Pickens, Leukefeld, & Schuster, 1991). ولقد قام هينجلر Henggler (1991) بتقديم العلاج المتعدد الأنظمة

multisystemic therapy (MST) ، الذي يستند على مفهوم الأنظمة - الأسرية في السلوك، وتغييره، وبجدية الأحداث الجانحين وأسرهم ذوي المشكلات المتعددة، وبالتنسيق مع النموذج الأسري - الوقائي لتقديم الخدمة، يصبح العلاج المتعدد الأنظمة MST في الموقع، ومن ثم، يصبح وجوده مع المراهق داخل منزله ولعدد من الساعات أسبوعيا مطلباً ضرورياً . ولقد ضمن هينجلير تدخلات سوء استخدام المواد كجزء من هذا البرنامج المكثف ( هينجلير، Henggler, 1993). ونجح هذا البرنامج في خفض الانتكاس والعدوان، وفي زيادة تماسك الأسرة وتقديم نموذج واعد للتدخل المكثف المستقبلي للشباب المضادين للمجتمع الذين يعانون من سوء استخدام المواد ( هينجلير، ميلتون وسميث ، Henggler, Melton, & Smith, 1992).

## مداخل لتقييم وعلاج العينات الخاصة

إن خطر السلوك المنحرف ليس منتشراً بصورة منفردة داخل المجموعات العامة للمراهقين، وعلي نحو مشابه، فإن سوء استخدام المواد مثله مثل أي سلوك منحرف آخر، لا يوجد بنسب متساوية بين كل مجموعات المراهقين ومن خلال تحديد الحالة العنصرية أو العرقية، والتوجه الجنسي، أو ملائمة الترتيبات المعيشية ، ففي الحقيقة، عادتاً ما يتم تحديد مستوى الخطر من خلال مفاهيم هذه الخصائص كالعرق ، والبيئة، والنشاط الجنسي (الذي غالباً ما يؤدي إلي الحمل لدي الإناث ) ومن ثم يجب أن تكون التدخلات، سواء

كانت وقائية أم علاجية معنية بالمراهق الفرد، وأسـرته أو أسـرتها، وبالبيئـة الاجتماعية / الاقتصادية لهم ، كما يجب أن يكون التقييم تحديداً كـاملاً في التعرف علي الخصائص المهمة كالعرق، وحالات الحمل، أو التشرد التي تؤثـر على سلوك المراهق وقد تساعد أيضاً في التشجيع أو في تثبيط استخدام المـواد أو سوء استخدامها، ففي العلاج الروحي " مضاهاة العلاج يجب تحديد هـذه الخصائص بشكل فردي .

وبالنسبة للإكلينيكي يجب توجيه التدريب والخبرة نحو تطور المدى الواسع مـن حساسية الفروق الفردية للمراهقين، وهذا يشتمل علي فـروق في العـرق، والثقافة، والتوجه الجنسي، كما يجب عليه أيضاً فـهم أن هـذه المجموعـات الخاصة من المراهقين الذين يسيئون استخدام المواد النفسية غالباً يحتـاجون ألي خبرات خاصة، وتدريبات ، ووسائل. ولأن بعضهم عادتاً ما يكون عضـواً في أكثر من مجموعة خاصة علي سـبيل المثـال، الإنـاث الأمريكيـات – الأفريقيات الحوامل أو المراهقين المشردين ذوي الجنسية المثلية غالباً ما يكونـون بحاجة ضرورية للخدمات العلاجية الأكثر تركيزاً، وهذا قد يمتد إلي أبعد مـن مجرد العلاج الفوري لسوء استخدام المواد ليشـمل مجـالات أخـري مثـل الإسكان، والتدريب المهني، والتنظيم المكثف للحالة. ومن أكثر الأمور أهميـة، أن يكون العلاج معني بدرجة أكبر بالمراهق وذلك من خلال اشـتماله علـى الأقران المرتبطين به، كما يجب تنمية البرمجة الملائمـة لمجموعـات المراهقـين المشابهين من خلال الجلسات العلاجية، حتى لا يشعر المراهقين بأنهم معزولـين عن أقرانهم ذوي الخصائص المشابهة، وهذا يتطلب تحديث وتطوير

العلاج النوعي للعينات الخاصة من المراهقين، وأيضا المداخل النوعية المهتمـــــة بحياة المراهقين ، وتوصيل العلاج المحدد بقدر المستطاع لمن هو بحاجة إليه .

# الفصل التاسع

# النماذج العلاجية

## Treatment Modalities

# الفصل التاسع

## النماذج العلاجية Treatment Modalities

احتل المحتوي العلاجي المحدد للمراهقين الذين يسيئون استخدام المـــــواد النفسية المقعد الخلفي لسنوات عدة من التأكيد على عملية العــــلاج.ولمـــدة طويلة تم تركيز العلاج علي إزالة عدم الاعتراف بالمشكلة وإدماج الطفل فيمـا يعرف بفلسفة الـ١٢ خطوة وجماعة المساندة الذاتيـــة لإنجـــاز والاحتفـــاظ بالامتناع عن التعاطي ،ولقد تم دفع قليل من الانتباه للمحتوي المحـــــدد مـــن العلاج؛وهو ما يمدنا به كعلاج وكيف تعمل هذه العناصر لتـــؤدي إلي إنجاز أهداف العلاج المزعومة .ولقد تم التركز في الفصل السابق على المظـــاهر العامة للعلاج، بما في ذلك الأوضاع العلاجية والتعامل مع المجموعات النوعيـــة .وفي هذا الفصل سنحاول وصف مكونات أو المحتوى الرئيسي لعـــدد مـــن نماذج العلاج الرئيسية لسوء اســـتخدام المراهـــق المـــواد. ( جـــدول رقـــم ٩،١).سوف يتم مناقشة قواعد البحث النظري والتجريبي ، لكل نموذج؛مـــع التزويد بخلاصة للمحتوى الأساسي لكل نموذج، وتمييز المجـــالات الحرجـــة لشروط تطبيقها بما في ذلك المشكلات الشائعة؛وأخيرا،عرض كيف أن كـــل نموذج قد يكون ملائم للعلاج الشامل لسوء استخدام المراهق المواد.

جدول رقم ١-٩

نماذج علاج المراهقين الذين يسيئون استخدام المواد النفسية

| |
|---|
| برنامج ١٢ خطوة |
| عمل — الخطوة والعلاج الجمعي الآخر |
| جماعات المساندة الذاتية ( مدمني الكحول المجهولين.ومدمني المخدرات المجهولين ) |
| خطوة — عمل الكتب والمهام المكتوبة |
| العلاج الأسري |
| النظرية المحددة التي يستند عليها العلاج (علي سبيل المثال،العلاج الأسري الوظيفي ) |
| العلاج الأسري المتعدد |
| جماعات المساندة الأسرية / الوالدية |
| العلاجات السلوكية |
| التدريب علي الإدارة الوالدية |
| مهارات التقلص، مفاوضة |
| الطرق السلوكية — ا [illegible] |
| التدريب علي المهار[illegible] [illegible]ـماعية |
| التدريب للسيطرة على الغضب |
| العلاج المعرفي |
| معاودة الوقاية |
| العلاج النفسي الدوائي |

## الطرق التقليدية لعلاج مدمني الكحوليات والمخدرات المجهولين : ونموذج الـ١٢ خطوة

إن المدخل المبني علي فلسفة وقواعد مدمني الكحوليات المجهولين ،ومدمني المخدرات المجهولين يعد من أول المداخل المستمرة والمنتشرة بشكل كبير لعلاج المراهقين الذين يسيئون استخدام المواد النفسية (Wheeler & Malmquist,1987)،والبرامج العلاجية التي تعتمد علي نموذج إدمان الكحول والمخدرات ـــ المجهولين قد سميت فيما بعد ببرامج نموذج مينسوتا Minnesota model programs (بعد تأسيس ثلاثة مواقع جغرافية لمراكز هذا النموذج) كما تعرف أيضا ببرامج المساعدة الذاتية (cook, 1988a, 1988b) وتتلخص مبادئ هذا النموذج في ١٢ خطوة " تزودنا بخطة للتحسن من إدمان الكحول، والعقاقير الأخرى، أو أي نوع آخر من مجالات الإدمان المفترضة كإدمان المقامرة.أو الشره في تناول الطعام ، أو السلوك الجنسي.

وفلسفة هذا النموذج مستمدة من الاعتقاد القائل بأن التغيير ممكن ،ولكن بـ رط اعتراف الفرد المدمن بمشكلته مع الإدمان واعترافه بعدم مقدرته علي السيطرة عليه ،و يجب أن يتعلم كيف يعيش معه بأسلوب تكيفي.وتنمية الوعي الروحي والتحرر من المسائل الحرجة في هذه العملية وفي الخطوات التالية التي تحث على تحمل المسؤولية الفردية عن السلوك الماضي بدرجة أكبر وفي حاجاته لكي يغير من نفسه بحيث يصبح منجزا ويتبني أسلوب حياة أكثر توافقا، وتصبح علاقاته البين شخصيه بصورة أفضل ،وفي

الماضي، كانت فلسفة هذا النموذج بنيت علي مصادر تغيير الكذب داخل الفرد التي تتطلب فقط القيام بعمل ١٢ خطوة والتشجيع من قبل الآخرين على التحسن واستكشاف مصادر القوة لديهم واستخدامها.وقبول النموذج المرضي للإدمان والالتزام بالاستمرار في برنامج إعادة الاستكشاف الشخصي ،وهذا يعد ضروريا في إنجاز مهمة الامتناع الكلي عن تناول الكحوليات والعقاقير الأخرى.

وتشتمل مكونات البرامج المبنية علي مدمني الكحوليات ،والمخدرات المجهولين علي العلاج الجمعي ،والمحاضرات،وعدد من المهام العملية التي تشتمل على القيام بعمل ١٢ خطوة،والبيئة العلاجية، وحضور جلسات هذا البرنامج ،والعلاج الأسري، أو الإرشاد والأنشطة الترفيهية.وعلى الرغم من أن معظم هذه البرامج تشتمل علي عدد متعدد من المختصين كالأطباء،والأخصائيين النفسيين ، الأخصائيين الاجتماعيين، والممرضات، وأحيانا رجال الدين،إلا أنه يمكن الاستعانة في معظم مراحل العلاج باستشاريين للمساعدة في استكشاف الإدمان .وعلي الرغم من أن هذه البرامج تستند علي إقامة المريض بالمستشفي أو إيوائه بها إلا أن البرامج التأهيلية أو برامج المتابعة التي قد تم تصميمها لتشتمل على مستوي الأساسي من العلاج لمدة لا تقل عن ٢٨ ولا تزيد عن ٤٢ يوما،وضغوط العناية الصحية المنظمة قد جعلت الإقامة السكنية متفاوتة بدرجة كبيرة ، بناء على الحاجات الفردية. وهناك كثير من البرامج الطويلة المدى ( ٦٠ يوم وحتى سنتين ) مثل " برنامج منتصف الطريق إلي

المنزل " والجماعات العلاجية المحلية تعتمد أيضا على قواعد إدمان الكحول والمخدرات المجهولين .

## العلاج الجمعي

العلاج الجمعي هو نمط مبدئي يدخل ضمن معظم برامج مدمني الكحول والمخدرات المجهولين التقليدية ، وعلى الرغم من تنوع أنماط خبرات الجماعة العلاجية النوعية غير المنظمة ،إلا هناك هدف مبدئي لعمل الجماعات الموجهة يتمثل في اختراق إنكار أعضاء الجماعة ،أما الأهداف الأخرى فتشتمل علي إظهار وتوضيح المشاعر.وبصفة خاصة الحالات الوجدانية المؤلمة ،والعلاقات التطورية ،ومواجهة الخصائص السلبية و سلوكيات المراهقين التي تعبر عن تحديد أو عرقلة عملية التحسن.وغالبا ما يتميز جو المجابهة بعدد من البرامج العلاجية ،وعلي الرغم من أهميته هذه البرامج بشكل عرضي في تحفيز المراهقين، إلا أنها قد تكون مفيدة بدرجة أقل لغيرهم، ولابد أن لا يشتمل مدخل المواجهة على الإرهاب أو عدم الاستخدام العقلي، وهناك عدد من المراهقين قد يستغلون المجابهة لمعاقبة أقرانهم الآخرين.بصرف النظر عن أي قيمة علاجية لهذه العملية، وهناك عدد من المراهقين الذين يسيئون استخدام المواد النفسية ليس لديهم مستوى ملائم من المهارات الاجتماعية ومهارات الاتصال التي يستعينون بها لمواجهة التحفيز ، والأسلوب العلاجي .كما تؤدي المواجهة في بعض الأحيان إلي الإنكار والمقاومة بدرجة

أكبر،وأيضا مقاومة تقبل والخضوع للعلاج نتيجة لتكرار تبـــني الخصـــائص السلبية المرتبطة المرتبطة بسوء استخدام المواد النفسية من المراهقين ، وخلال البرامج المرتكزة على الـــ١٢ خطوة ،توسع المجموعة العلاجيـــة مـــن تركيزها على الطرق السلوكية المعرفية كالتدريب على المهارات الاجتماعيـــة التي غالبا ما تشتمل على مهارات رفض الكحول والعقاقير الأخـــرى،وحـــل المشكلات ،والوقاية من معاودة التعاطي .

## المحاضرات والتربية النفسية

وتشتمل برامج مدمني الكحول والمخدرات المجهولين ،وبرامج الـــ ١٢ خطوة الأخرى على أعضاء من بينهم مرشـــدون، وممرضـــات،وأخصـــائيون نفسيون،وأطباء نفسيون، ورجال ديـــن، ومصلحـــون اجتمـــاعيون لتقـــديم معلومات حول الآثار النفسية والاجتماعية ،والطبيـــة لاســـتخدام ،وســـوء استخدام المواد النفسية ،وحول الـــ١٢خطوة والـــ١٢ علامة لمدمني الكحـــول ،والمخدرات المجهولين ، وطبيعة سوء استخدام المواد ،أو الاعتمـــاد التقـــارير الشخصية عن الإدمان، وطرق التعامل مع المشاكل الشـــائعة خـــلال فـــترة المراهقة، والمحاضرات التعليمية التي غالبا ما يتم توصيلها عن طريق اســـتخدام الفيديو والشرائط السمعية ومهام القراءة ،وعدد كبير من الكتب التي تـــدور حول مدمني الكحول والمخدرات المجهولين .

في حالة المجموعات الكبيرة والأسر المتعددة عادة ما تقـــدم، الـــبرامج المبنية علي ١٢ خطوة وبرامج مدمني الكحوليـــات والمخـــدرات المجـــهولين AA\NA موضوعات تربوية نفسية مشابهة لتلك التي تقدم للمراهقين.وهـــذه الموضوعات الإضافية تشتمل على توضيحات لعملية "التمكـــن " ووســـائل الإدارة الوالدية ،كما تقوم المجموعات الأسرية المتعددة أيضـــا بـــدورا مـــهما كوظيفة مساندة.وقصص الأسر المشـــاركة ،والمشـــكلات ،ونصيحـــة إدارة المراهقة وحل المشـــكلات،وتعلـــم الوالديـــن ،الذيـــن بدورهـــم يعملـــون أطفالهم،الذين ليسوا بمنأى عن الآخرين الذيـــن يعـــانون مـــن مشـــكلات مشابهة.كما أن تطور برمجة الأسر علاوة علي انشغال الوالدين في مثل هـــذه المجموعات المساندة كجماعة والدي المراهقين الذيـــن يســـيئون اســـتخدام الكحول والعقاقير (POTADA).

كل من مفهوم "التمكين enabling "الوثيق الصلـــة بمفـــهوم "مشـــاركة الاعتماد codependency " يخضعان كثيرا لسوء الفهم داخل مـــن كـــل المجتمع العلاجي والعامي كما أن هذين المفهومان يعـــززان تصـــور ســـوء استخدام المواد والاعتماد على أنه " مرض " أسري له تأثيرات كبيرة علـــى كل أعضاء النظام الأسري وليس مجرد التأثير فقط على المراهق.كما أن مفـــهوم مشاركة الاعتماد يشير أساسا إلى الآثار السلبية الناتجة عن إدمان المراهـــق أو السلوكيات المرتبطة باستخدامه للمواد على الأسرة أو أي عضو من أعضاءهـــا وسلوكهم.وبدلالة أخري ، في هذه الحالة يقوم الوالدين أو الأشقاء ،بتنميـــة

مجموعة الاضطرابات السلوكية الوظيفية كاستجابة لسوء استخدام المراهق للمواد ،وخلال الإحساس الحقيقي،فإن هذه الاضطرابات السلوكية الوظيفية ما هي إلا " مرض " يكن تسميته بمشاركة الاعتماد codependency .ومن بين الاضطرابات السلوكية الوظيفية لمشاركة الاعتماد التمكين الذي يشير إلى سلوك أو عدد من السلوكيات التي تدعم إيجابيا سلوك استخدام المراهق للمواد النفسية .وسلوكيات التمكين من قبل أعضاء الأسرة والأفراد الآخرين في حياة المراهق تشتمل على السماح للمراهق بالهروب من المعاناة من كل النتائج الكاملة الناتجة عن سلوك استخدام المواد ، على سبيل المثال إرسال الأعذار المكتوبة إلى المدرسة عند تغيب المراهق عنها بسبب استخدام المواد أو مساعدته علي إسقاط الاتهامات الموجهة له عندما يؤدي سوء استخدام المواد إلي مخالفة قانون العنف من أكثر سلوكيات التمكين شيوعا من قبل الوالدين أو أعضاء الأسرة الآخرين . ومشاركة الاعتماد الأبوية ربما تكون استجابة شائعة لسلوك المراهق المشكل بشكل عام.بدلا من رد الفعل المحدد تجاه استخدامه للمواد (Hawks, Bahr, &Wang,1994).

وتحاول نماذج التوجه الأسري ضمن البرامج المستندة على مدمني الكحوليات والمخدرات المجهولين AA\NA دعم فكرة تحمل المراهق وليس الوالد المسؤولية الكاملة لسلوكه ، وبشكل مشابه، مشكلة المراهق لا يجب أن تستعمل كعذر لسلوك الوالد الذي يشتمل على التزاع أو الإنشغال الزواجي المرتبط بعدد من المشكلات الآخرى .

## المهام المكتوبة وخطوات العمل

على الرغم من تكرار مناقشة برنامج ١٢ خطوة لمدمني الكحول ،والمخدرات المجهولين في مواضع متنوعة ،إلا أن الحاجة لعمل الفرد تقترح بأن " عمل الخطوة " هو المكون الملائم للعلاج، وعلي الرغم من عدم أهمية تاريخ أو قصة حياة الفرد، كجزء من عمل الخطوة،إلا أنها غالبا ما تكمن أهميتها في أنها تعد مقدمة لعملية الفحص الصادق للمراحل والمشكلات الحرجة في حياة المراهق.

وعادة ما يتوقع المراهق أن ينهي من الخطوات من الثالثة وحتى الخامسة خلال اقامته في العيادة أو اقامته العلاجية ، بينما الاستمرار في الـ١٢ خطوة يتم وصفه كعملية طويلة المدى ،كما أن إكمال الـ٥ خطوات الأولى يعد كافيا للالتزام المقنع بالامتناع والاستمرار في بقية الـ١٢ خطوة (Jaffe,1990). وخلال عدد من السنوات الماضية ،قام عدد من الأفراد المتخصصين في البرامج العلاجية بتطوير ووضع كتب لعمل الخطوة وتم وضعها بشكل خاص للمراهقين، ويعد كتاب عمل الخطوة لعلاج المراهقين من الاعتماد الكيميائي لجيف Jaffe الصادر في عام ١٩٩٠ واحد من أفضل من الأمثلة البسيطة،ولكنه يعد دليل كامل للمراهقين لكي يقوموا بالـ٥ خطوات الأولي

وخطوات برنامج علاج مدمني الكحوليات والمخدرات المجهولين. كما في كتاب العمل لجيف Jaffe يعكس أهميته في شرح وعمل الـ١٢ خطوة بصورة ملائمة ومتطورة .وبشكل عام ،فإن عمل الخطوة بشكل

فردي قد تم فحصه ومناقشته مع مستشارين بناء على قاعدة فردية يتم تقديمها فيما بعد للأقران خلال خطوة جماعة الدراسة كما أن إعطاء الوقت المختصر حاليا قد يسمح قد يودي خلال فترات الإقامة ،للإتاحة تقديم الإرشاد والعلاج وأيضا أهمية المراقبات الخارجية والمناقشة عن طرية. كلي مع الأقران والمرشدين .

وخلال الـ١٢ خطوة يتم التزود بمكونات العلاج والتحسن. كما أن كل من الرسائل الواضحة والضمنية ودروس الـ١٢ خطوة يقدمان دليل مفيد للمراهق للاعتراف،والمواجهة، وحل مشكلات استخدام المواد ومشاكل حياته الأخرى دائمة .

## الخطوة الأولي

وتشتمل هذه الخطوة علي اكتساب المعلومات التي تدور حول عدم القدرة على السيطرة على استخدام المواد والتي تواجه الإنكار وتنمي الدافعية لمشاركة في العلاج، وكتابة ومناقشة تاريخ حياة المراهق أو تاريخ استخدام الكحول والعقاقير ،وهذا قد يسمح للمراهق بفحص المشكلات التي مر بها ومدي ارتباطها باستخدام المواد .

## الخطوات الثانية ،والثالثة

الخطوات الثانية ،والثالثة هي خطوات دافعة في طبيعتها ،والشكل الجوهري لهذه الخطوات يكون جدليا بصورة عرضية ، وعادة ما يكون صعبا

على بعض المراهقين لكي يتقبلونه أو يفهمونه، وعلى أية حال، يتم تبسـيط هذه الخطوات وتركيزها في طرح أسئلة عن طـرق اكتسـاب المعلومـات والحاجة إلى المساعدة في حل المشكلات مع الشخص ذاته بدلا من الاعتمـاد علي الآخرين، وغالبا ما نلاحظ مظاهر العزلة واليأس على كثير من المراهقـين وبالتالي يطلب منهم أن ينظروا خارج أنفسهم ويبتعدوا عن عالمهم الراهـن، والتوجه نحو العالم الخارجي والجوهر والتركيب، والمعنى، كمـا أن التوجـه الروحي لبرنامج الـ١٢ خطوة يؤدي إلى تطور أو إعادة تشكيل المعتقـدات أو السلوك الديني، وهذا بالطبع يكون ملائما لأسلوب الحياة والسلوك السـلبي لمسيئي استخدام المواد من المراهقين.

**الخطوة الرابعة**

تطوير الوجود الأخلاقي عن طريق وصف السلوك الماضي ، والخـبرات الحرجة والصعبة والآثار المؤلمة، وبشكل أساسي تكون أسئلة المراهـق عـن " ماذا قد فعلت، " " من أنا و" ما هي قضاياي ومشاكلي. " ولتحديد القضايـا والمشاكل،تدور الخطوة الرابعة حول العمل نحو التعامل التدريجي مع كل هـذا المشكلات والتقدم نحو أسلوب حياة أكثر توافقا.

**الخطوة الخامسة**

على الرغم من أن الخطوة الخامسة تسأل بشكل واضح عن المحتوى اللفظي لما هو موجود في الخطوة الرابعة، إلا أن الرسالة الضمنية تكمن في أن المراهق قد بدأ يتعامل ويعمل مع قضاياه ومشكلاته عن طريق مساعدة شخص آخر .

**الست خطوات الباقية من الإثنتا عشرة خطوة**

الخطوات الباقية مس الـ ١٢ خطوة تعد دليل للاستمرار والاحتفاظ بالتحسن. كما إن رسالة هذه الخطوات تشير إلي أن استخدام هذه الخطوات يعد دليل على الحياة والتحسن،والتقليل بقدر الإمكان من الإنتكاس وبإكمال خطوات العمل فأنه من المهم السماح للمراهق في أن يمضي بمستوى نمائي على نحو ملائم ،وبالنسبة للعديد من المراهقين،يجب أن تكون أجوبتهم مؤكدة بشكل كبير جدا ،كما يجب مناقشتهم بشكل محدد بدلا من التعميم المبسط على كل أسئلة المراهقين الآخرين،وكثير من المراهقين قد يكون لديهم مهارات للقراءة والكتابة بدرجة محدودة ؛ومن ثم يجب القيام بكثير من خطوات العمل عن طريق المناقشة الشفهية.

**اجتماعات مدمني الكحوليات والمخدرات المجهولين**

التعرض لبرنامج مدمني الكحوليات والمخدرات المجهولين وفي النهاية المشاركة في اجتماعاته قد يأخذ أشكال متنوعة .فكثير من البرامج قد تأخذ شكل الاجتماعات الرسمية في وحدة العلاج.وخلال هذه الاجتماعات،ربما يستمع المراهقون "المقدمة " أو تزكية من مدمن مستجد في العلاج ثم

يتبع ذلك بمناقشة مختصرة.وهذا التعرض يعد المراهقين للاجتماعات AA/NA بشكل منتظم كما يعده لتقبل كل ما هـو بـالداخل ( ضمـن وسيلة العلاج ) وما هو بالخارج في المجتمع العلاجي.فخلال الإقامة العلاجيـة ،يتم مرافقة المراهقون من قبل الموظفين المشـاركين في اجتماعـات المجتمـع العلاجي.كما يتم تشجيع المراهق على الاشتراك والتحدث في الاجتماعـات وهذا قد يؤدي به للاعتراف بقيمة هذه الاجتماعات في عملية التحسن.وعـادة ما يجب التأكيد علي مرور المراهق ،وحضوره الاجتماعات المحلية. لأن هـذا يخدمه في إحاطته بالاجتماعات المحلية أو "المترلية "وبمن يحضروها .

وبالنسبة لكل من المراهقين والبرامج العلاجية،يؤدي تحديد اجتماعـات مدمني الكحوليات والمخدرات المجهولين AA/NA إلي توجـه الأقـران أو حضورهم الاجتماعات بأعداد كافية وهذا غالبا ما يشكل نقطة حرجـة في نجاح عملية التحسن والاحتفاظ بالامتناع عن تعاطي المواد النفسية .وبالتـالي يجب أن يشعر المراهقون بأن هذه الاجتماعات متعلقة باهتماماقم ، كمـا أن توفر نماذج الأدوار الشابة المفيدة للتحسن ووجود الأقـران الممتنعـين عـن استخدام المواد لمصاحبتهم ومساندقم تعد القاعدة الأساسية لحركة المسـاندة الذاتية للمراهقين.

**العناية اللاحقة Aftercare**

أن مظاهر المتابعة للمداخل العلاجية التقليدية قد خضع لكـثر مـن التغيرات على مدي عدد من العقود الماضية . ففي المـاضي،كـانت العنايـة

اللاحقة تشتمل على مجرد إرسال المراهق إلى اجتماعات المجتمع العلاجي لبرنامج مدمني الكحوليات والمخدرات المجهولين ،لمدة ٩٠ اجتماع خلال ٩٠ يوم ويتم إعادة هذه الفترة على نحو مشابه إذا تطلب الأمر ذلك ،مع التشديد على صرامة الوالدين وفرض القيود الصارمة على الأنشطة الخارجية ومنع الاتصال بالأقران الذين يستخدمون المواد .وبمرور الزمن ،وخلال العقد الماضي ظهرت النماذج الإرشادية المنظمة للمتابعة الجمعية والفردية ،كما تم تطوير نماذج الإرشاد الأسري بهدف الاستمرار في العلاج الشكلي بعد خروجه من العيادة الداخلية أو بعد خروجه من الإقامة العلاجية .

ولقد احتلت الإقامة المحدودة ،والمتابعة عن طريق كل من الإقامة لجزء من اليوم داخل المستشفى أو جلسات العلاج الخارجية موقعا متميزا لعلاج كثير من المراهقين الذين يسيئون استخدام المواد النفسية.هذا بالإضافة إلى تقديم عدد من النماذج العلاجية المشابهة للمريض المقيم أو الذي يتم علاجه عن طريق الجلسات العلاجية الخارجية كما ان هناك جلسات المتابعة العلاجية الخارجية وعادة ما تركز على التهديدات التي تؤدي إلى حدوث انتكاس المراهق ومعاودته لسوء استخدام للمواد النفسية ،وبالنسبة للشباب الذين لديهم دافعيه عالية فإن الحماية الزائدة ونظام جلسات الإقامة المرضية الداخلية قد يؤدي إلى التغيير الذي لا يمكن الاحتفاظ به أو تعميمه وتوظيفه في المنزل وأيضاً في المجتمع،كما أن حضور كثير من جلسات برامج مدمني الكحوليات

والمخدرات المجهولين بحاجة ، إلي المتابعة العلاجية التي تدور حول مزيد من العلاج المكثف عن طريق استخدام النماذج السلوكية ،والأسرية ،والعلاج الطبي الذي يجب توجيهه للحالات السيكاترية .

**نقاط الضعف والقوة في التدخلات التقليدية**

البحوث التي تدور حول فحص مناهج ونتائج برنامج الإثنتا عشرة خطوة لمدمني الكحوليات والمخدرات المجهولين متناثرة بالنسبة لعينات البالغين كما أنها نادرة جدا بالنسبة لعينات المراهقين ، ولقد قام كل من ألفرد كوهلر ،وليونارد Alford. Koehler. and Leonard (1991) بفحص استخدام المواد والتوظيف الاجتماعي علي ١٥٧ مراهقا من الذكور والإناث لمدد تتراوح من ٦ شهور ،١٢ شهرا ، و ٢٤ شهر بعد تركهم للبرنامج العلاجي المبني على فلسفة علاج مدمني الكحوليات والمخدرات المجهولين ،ولقد أشارت النتائج إلي أن كل من الأفراد الذين أتموا مدة العلاج والذين تسربوا قد أظهروا انخفاض في استخدام المواد بعد العلاج مقارنة بكمية استخدامهم لها قبل العلاج ،وعلي الرغم من ارتفاع النسب المئوية في تقارير كل من الذكور والإناث الذين أتموا العلاج بدرجة دالة والتي تفيد بامتناعهم عن تعاطي المواد خلال ستة شهور عند مقارنتهم بالأفراد الذين تسربوا من العلاج ، إلا أن معدلات الامتناع قد انخفضت بدرجة دالة خلال السنة أو السنتين التاليتين على عملية العلاج. كما أن الامتناع قد ارتبط بدرجة نجاح وظائف التوافق النفسي ،كما أن هناك عدد قليل من الذين أتموا العلاج قد حدثت لهم إنتكاسة وعادوا يستخدمون المواد

بشكل متكرر،ولكنهم قد أظهروا نجاحا في وظائف التكيف خلال العامين التاليين على عملية العلاج.كما أن الأفراد الذين كرروا حضور جلسات برنامج علاج مدمني الكحوليات والمخدرات المجهولين كانوا أكثر امتناعا في تعاطي المواد من هؤلاء الذين لم يحضروا هذه الجلسات والذين حضروها لعدد قليل من المرات ،وهكذا، يتضح أن امتناع الأفراد الذين أتموا العلاج ،وبخاصة هؤلاء الذين حضروا جلسات البرنامج واجتماعاته بعد الإقرار بعدم المسؤولية كانوا أفضل توظيفا لقدراتهم من الأفراد المتسربين ،والذين لم يمتنعوا ،عن تعاطي المواد ، والذين لم يحضروا جلسات البرنامج كما أن الشاب الممتنع عن الاستخدام ،بعد إتمام جلسات العلاج ،كان لديهم وظائف ناجحة بدرجة أفضل من الشاب غير الممتنع.

ولقد اشتملت برامج علاج الشباب من سوء استخدام المواد على برنامج الـ ١٢ خطوة الذي يستند على علاج مدمني الكحوليات والمخدرات المجهولين ، ،وخلال السنوات السابقة، فإن كثير من برامج الـ١٢ خطوة كانت قليلة المرونة إلي حد ما بالإضافة إلي قلة الاهتمام بالخطوات المفقودة أو بأي سلوك يدل على إنكار تعاطي المواد . كما أن التسرب من العلاج ،أو الطرد منه ،وفشل طرق العلاج الأخرى قد أدى إلي إلقاء اللوم على إنكار المريض أو المراهق الذي لم يعد يهتم بمواصلة العلاج حتى نهايته ،وقد اشتمل التركيز فقط على استخدام المواد ،أما التركيز ،والانتباه على المشكلات النفسية،والمشكلات الأسرية

ومشكلات الأقران كان ضمن المناقشات التي تمت بعلاقة هذه المفاهيم بظاهرة سوء استخدام المواد فقط.

ولقد تم تفسير فلسفة برامج علاج مدمني الكحوليات ،والمخدرات المجهولين ضمن النموذج المرضي لسوء استخدام المواد والاعتماد عليها كاضطراب أولي والاضطرابات الأخرى،كالاكتئاب والقلق والأنواع الأخرى من الاضطرابات النفسية كاضطرابات ثانوية لا يستحق الانتباه حتى يقلع المراهق ويسيطر على الاضطراب الأولى ،وهناك بعض التوجيهات العلاجية الأخرى أو نماذج العلاج السلوكي المعرفي ،أو العلاج الطبي قد تتجاهل أو تعطي قيمة قليلة لمسيئي استخدام المواد النفسية أو المدمنون.والتفسير لفلسفة علاج الـ١٢ خطوة تشير إلي أن المراهقين يحتاجون فقط لأن يتقبلوا حالتهم كمدمنين.وعليهم حضور جلسات هذا النوع من العلاج لكي يتحسنوا.وهناك قليل من الانتباه قد يتم توجيهه إلى عجز المهارات والتعلم بشكل أفضل ،والطرق الأكثر تكيفا لمعالجة المشاكل.وأخيرا،هناك عدد من المقترحات التي تري أن برنامج الـ١٢ خطوة ليس فقط هو الطريقة المثلي لعملية العلاج ولكنه يعد الطريقة الوحيدة لكل المراهقين." حجم واحد ملائم للكل".

ولقد تغيرت هذه الاتجاهات .وأصبح هناك عدد قليل من برامج الـ١٢ خطوة " بدرجة نقية " باقية منها ،ووجوده ضمن البرامج العلاجية العامة.مثل تكنيكات العلاج السلوكي المعرفي للمجموعات والأفراد،والأسر التي

لهـا دور أكـثر بـروزاً في عـدد مـن الـبرامج بشـكل متـدرج وبثبات مفترض.والعلاج الطبي لعدد من المشاكل النفسـية الـتي لا يحتمـل وجودها ،ولكن يتم استخدامها أيضا بشكل عدواني إلى وجود الاضطـراب النفسي ضمن عدد من البرامج.

وبإضافة المداخل العلاجية الأخرى إلى مدخل الـ١٢ خطـوة قـد يقـوي العناصر الموجبة له في علاج المراهقين.كما أن إمداد هذا المدخل بهذه التوليفـة يزيد من كفاءته في عملية العلاج. و تزويده بالطرق المنطقية للتعامل مع إنكـلو كلا من سوء استخدام المواد النفسية والاعتماد ومع الاضطرابـات الأخـرى وزيادة الدافعية للعلاج ومن ثم قد يمكن قبوله كطريقة للمساعدة،وللعـلاج، وللتصنيف الحاجات العلاجية للمراهقين ، كما أن توفر المساندة ونماذج الـدور خلال الاجتماعات تعد عنصر مهم في تجنب الانتكاس ،كمـا أنهـا تنمـي أسلوب حياة بدون الإستعانة بالمواد النفسية .

## العلاج الأسري

كل المراهقين تقريبا هم أعضاء معتمدين على النظام الأسري وهـذه حقيقة مؤكدة كما أن العديد من عوامل الخطر التي تسبب حدوث واسـتمرار سوء استخدام المواد النفسية ترتبط بالأسرة ،وكما هو الحـال مـن خـلال المناقشة التي أجريت في الفصل الرابع فإن مثل هذه العوامل التي ترتبط بالأسـرة تشتمل على سوء استخدام أو استخدام الوالدين للمواد النفسـية ،وضعـف العلاقات القائمة بين الوالدين والطفل ،والقصور في إدراك المساندة الوالديـة

،والارتباط العاطفي المنخفض ،وإدارة والقصور في توجيه الوالديـــن لســـلوك المراهق الذي قد تم تحديده كعامل خطر يؤدي إلي زيادة سوء استخدام المـــواد النفسية بين المراهقين .ويعد استهداف الأسرة للتدخل العلاجي يبدو واضحـــا ، وعلى الرغم من أن استخدام المدخل المحدد في العـــلاج الأســـري لســـوء استخدام المراهق للمواد قد يتغير.إلا أن استخدام المداخل العلاجية الأســـرية المتنوعة لمسيئي استخدام المواد من المراهقين تشتمل علي مداخـــل الأنظمـــة البنائية الأسرية ومداخل علاج الأسر المتعـــددة multifamily ،والمداخـــل ألسلوكية .

مداخل بناء الأنظمـــة الأســـرية **Structural Family Systems Approaches**

كثير من تقارير الحالة المبكرة للعلاج الأسري قد اشتملت علـــى اســـتخدام مداخل بناء الأنظمة الأسرية (Minuchin 1974).وخلال هـــذا المدخـــل ينظر إلي المراهق كعرض وللأســـرة كحالـــة مرضيـــة Kaufman & ) Kaufman, 1992). والهدف من التدخلات البنائية هو إعادة بنـــاء الأسرة لإحداث التغير والتحسن في وظائف كل أعضاء الأسرة Kaufman ) & Kaufman, 1992).ومن خلال واحد من الأمثلة للدراسات المحكمـــة المضبوطة التي استخدمت طرق البناء الأسري مع الأسر التي يوجد بها مراهـــق يسيء استخدام المواد النفسية ،والتي قام بها كل مـــن Szapocznik and associates (1983.1986)حيث قاموا بمقارنة العلاج الأســـري المرتبـــط بعلاج بشخص واحد ،وعلى الرغم من أن كل من الشـــروط قـــد أدت إلي

تحسن الوظائف الأسرية ،كما أن العلاج المنصب علي شخص واحد قــد أدي إلي خفض الأعراض المميزة للشخص المريض .

والعلاج البنائي الأسري *(S F T)* Structural Family therapy هــو مدخل للأنظمة الأسرية الذي يستند عليها أعمــال كــل مــن مينوتشــين Minuchin (1974)وهالي(1976)Haley.وهذا النوع من العلاج ينظــر إلي الوحدة الأسرية كنظام اجتماعي يتميز بوجود عدد من لأعمال الموكلــة إليه تجاه أعضائه وتجاه البيئة المحيطة به وتكرار هذه الأنماط من التفاعلات تمـيز البناء الأسري .كما أن الاضطرابات الوظيفية تنتج من الأسلوب الغير توافقــي الذي من خلاله تقوم الأسرة نفسها بتنظيــم أســاليب لمواجهــة الضغــوط stressors التي تنشأ داخل الأسرة وخارجها .وخـــلال العــلاج البنــائي الأسرى ،يقوم المعالج بتقسم التفاعلات الأسرية كما يحاول إيجاد إسـتراتيجيات لإعادة بناء الأنماط الغير متوافقة وذلك للإتمام عملية التغيير .خلال اســتخدام مثل هذه التقنيات لإحداث الترابط ( تشكيل تحالف بين المعالج وكل عضــــو من أعضاء الأسرة ).وإعادة البناء (يقوم المعالج بتوجيه أنماط التفاعل المتعارضــة التي تمثل تحديات للأسرة " حالة quio " ). العكـــس، detriangulation . وإعادة التشكيل،كما أن هذه البرامج تعدن أنماط الاضطرابـــات الوظيفيــة داخل الأسرة بلإيجار التغيير.

**Functional family Therapy** العلاج الوظيفي الأسري

العلاج الوظيفي الأسري (FFT) هو مدخل آخر يستند على الأسرة ولقــد تم تطويره بشكل أساسي لعلاج المنحرفين الأحداث ،ونتيجة للعلاقة القائمة بــين

خراف الأحداث . سوء استخدام المواد النفسية من قبل المراهقين كان هـــذا العلاج قد يمكن تطبيقه علي مسيئي استخدام المواد من قبل المراهقين أســـرهم ،ولقد أوضحت الدراسات فاعلية هذا البرنامج في خفض العـــودة للتعـــاطي (Alexander & Parsons, 1973)،وخفض التعلق بـالأقران (Klein, Alexander, & Parsons, 1976) ويشتمل هذا البرنامج علي مبـــادئ يتم تقديمها لغالبية الأسر ،مع الأخذ في الاعتبـــار تفـــرد البيئـــة الأســـرية وخصوصيتها عند وضع أهداف ووسائل العلاج (A lexander.Waldon, Newberry, & Liddle. 1990)،ويتكون هذا البرنامج من خمسة مراحـل أساسية،وضمن كل مرحلة ،تتطور الأهداف التي تتطلب مـــهارات ووســـائل خاصة من قبل المعالج ،بشكل مبدئي،يولد المعالج توقعات إيجابية للتغيـــير مـــن قبل كل عضو من أعضاء الأسرة ،وفي المراحل التالية يقوم بتمييـــز التوقعـــات الانفعالية ،والسلوكية ،والمعرفية لكل عضو في الأسرة ، يقـــوم المعـــالج بتحديد أي من العمليات الأسرية تحتاج إلي التغيير لكي تقابل تلك التوقعات.

وبالنسبة للأسر التي يوجد بها مراهقين يسيئون استخدام المواد ، يقوم المعـــالج بإيجاد محتوي للتغيير وأيضا إحداث تغييرات معينة بالمراهق وبأعضـــاء أســـرته الآخرين وذلك بهدف خفض مواقفهم السلبية تجاه هذا المراهق .

**علاج الأسر المتعددة**

تشتمل المداخل العلاجية للأسر المتعددة علي تدخلات مـــع أســـر متعـــددة وأفرادها من المراهقين الذين يعانون من تعاطي المواد ،وتشمل هذه التدخـــلات في عدد مـــن الأســـر يبلـــغ عددهـــا مـــن ١٠ إلى ١٥ أســـرة ٥٠ فرد

وبشكل عام تستخدم المداخل الأسرية العلاجية برامـــج الـــ ١٢ خطـــوة لتحسين الوظائف النفسية التربوية ووظائف المساندة للأسر المشاركة. وعلـــى الرغم من أنها تشكل صعوبة ما خلال تنظيم الجلسات لأكثر من أســـرة إلا أن علاج الأسر المتعددة قد يكون مربحا بدرجة كبيرة وذلك عن طريق تقليـــل جهد العاملين القائمين علي تنفيذه وأيضاً توصيل العلاج إلي أكبر عـــدد مـــن الأسر ،كما أن هذا النوع من العلاج يكون أفضل من غيره للعمـــل ضمـــن سياق البرامج العلاجية الداخلية والنماذج العلاجية الأخرى.

## الطرق السلوكية الأسرية.

وبالنسبة للطرق السلوكية المستخدمة في العلاج الأسري للمراهقـــين الذيـــن يسيئون استخدام المواد فيشتمل علي خفض حالة الطوارئ. والتدريب علـــى الإدارة الوالدية والتدريب علي حل المشكلات ولقد قام كـــل مـــن تيتشـــر ،وسيناي وســـتامفيوزر ( Teicher,Sinay Stumphauzer (1976 بالاستعانة بالمدربين غير المتخصصين لعلاج المراهقين الذين أدمنوا الكحـــول في منازلهم ،وحيث قام هؤلاء المدربين باستخدام الخفض الســـلوكي لإيجـــاد مجالات من الاتفاق حول الحقوق والواجبات تجاه المترل ،وأيضـــا استـــهداف المشاكل التي تتعلق باستخدام الكحول أو اســـتخدام العقاقـــير الأخـــرى أو حضور المدرسة ،أو النشاط الإجرامـــي(Miesser, Kush & Van Haisselt, in press) كما أن خفض حالـــة الطـــوارئ يمكـــن اســـتخدامه لاستهداف السلوك المشكل وعدد من المجالاتكالواجبات المترليـــة والعلاقـــات الأسرية والمدرسية .

ولقد قام كل من بري كونبوي ،وبسجاي Bry Conboy Bisgay (1986) بتطوير مدخل التدريب على حل المشكلات على ثلاثة من المراهقين ممن يسيئون استخدام المواد النفسية و أسرهم،واشتمل التدريب على أسلوب حل المشكلات وتحديد التغييرات المطلوبة ،وتقييم المتغيرات المزعومة ، وتوليد الحلول. وتدعيم التغييرات الإيجابية.

ويشتمل أسلوب إدارة الطوارئ على تعليم الأسرة كيفية التعرف على المشكلات السلوكية والتحكم في المتغيرات التي تؤدي إلي حدوثها.والنتائج المتغيرة الناتجة عن الاتساق في القواعد أو الأدوار ،وتقليل الأوامر أو الطلبات السلبية ،والتدعيم المنظم للسلوك المرغوب وإزالة التدعيم عن السلوكيات السلبية غير المرغوب فيها (Bry, l988 ) وبشكل محدد فإن خفض حالة الطوارئ هو بمثابة تعاقد سلوكي، يهدف إلى تعليم الأسر كيفية وضع عقوداً سلوكية محددة أو وثائق مكتوبة تحدد السلوكيات التي يجب تغييرها وتدعيم النتائج التي تم الاتفاق عليها من قبل كل أعضاء الأسرة (Nichols, 1984).،ويبدو أن التعاقدات السلوكية لها دور فعال في حل مشاكل المراهقين عن طريق تزويدهم بالنتائج الإيجابية الواضحة والمتسقة التي يتم التوصل إليها من خلال المفاوضات والمناقشات ،بينما تركز مهارات الاتصال على خفض وإزالة التفاعلات الأسرية السلبية والإلزامية.

وزيادة التفاعلات الموجبة،ويشمل التدريب على مهارات حـــل المشـــكلات على تعليمات (تتضمن النمذجة ) ،وتكرار (أداء لعب الدور ) للســـلوكيات المطلوبة لحل الصراعات ،وحل المشكلات .

مداخل أسرية عامة **General Family Approaches**

·كل المداخل الأسرية التي تم تقديم وصفها سابقا تعتبر دليل مفيـــد للتدخـــل بالأسر التي يوجد بها مراهقين يسيئون استخدام المواد النفسية ،وهناك بحـــث علي الأقل يقترح بأن التكامل بين العناصر الأكثر فعالية من الناحيـــة البنائيـــة والإستراتيجية ،والوظيفية والعلاجات السلوكية الأسرية قد تكون فعالة.ولقـــد قام كل من لويس وزملاؤه بتصميم نموذج علاجي أسري مختصـــر ***Purdue Brief Family Therapy model*** لتجميع هـــذه النمـــاذج العلاجيـــة الأسرية في ١٢ جلسة علاجية للأسر التي يوجد بها مراهقين يسيئون اســـتخدام المواد النفسية .(Lewis, Plercy, Sprenkle, & Trepper, 1990)

واشتملت أهداف هذا النموذج علي:

١- خفض مقاومة الأسرة للعلاج.

٢- إعادة تعريف سوء استخدام المواد كمشكلة أسرية.

٣_ استعادة reestablish تأثير الوالدين.

٤- منع النتائج غير الوظيفية لسلوك الأسرة .

٥- تقييم الوظيفة التفاعلية لسوء استخدام العقار.

٦– العمل على تغيير الإستراتيجيات بحيث تكون متسقة مع وظائف التفاعل الأسري.

٧– تدريب المراهقين أو أي فرد من أشقائهم الذين يعانون من الخطر المرتفع على المهارات التوكيدية.

وأكثر من نصف المراهقين الذين تلقوا هذا النموذج العلاجي المختصر قد أظهروا انخفاض ثابت إكلينيكيا في استخدامهم للمواد النفسية وذلك عند مقارنتهم فقط مع ثلث المراهقين الذين تلقت أسرهم برنامج للتدريبات على المهارات الوالدية باستخدام المدخل النفسي التربوي psychoeducational. وبغض النظر عن ما هي الطريقة أو المدخل الذي يستخدم ،يجب تضمين الأسرة ضمن هذه المداخل أو الطرق .وبغض النظر عن ما هي التفاعلات الأسرية المحددة التي تستهدف التغيير، هناك عدد من الأهداف الشائعة يجب تحديدها داخل الأسر . . المبدأ الأول لعلاج الأسرة هو اختراق أي إنكار والدي لوجود مشكلة سوء استخدام العقار وإقناعهم بأن يبدءوا في بذل الجهود لتحقيق على الأقل الامتناع وإيجاد مستوى مؤقت من السيطرة على المراهق. والخطوة الثانية هي مساعدة الوالدين تحقيق أو إعادة بناء متسق من الجلسات المحدودة والملاحظة الجيدة للأنشطة وسلوك المراهق.وهذه الخطوة ربما تعد أكثر الخطوات صعوبة،وهناك عدد من العوامل الأخرى التي غالبا ما تعوق الطريق. هذه العوامل تشتمل على سوء استخدام الوالدين للمواد أو إدمانهم أو إصابتهم ببعض الاضطرابات النفسية الأخرى وضعف التحالفات الوالدية ،وقيام المراهق بسوء استخدام المواد النفسية

كوظيفة ،لسوء التوافق داخل الأسرة .وأخيرا،قيام المعالجون بالبحث عن نظام عائلي صحي خلال تحسين الاتصال بين أفراد الأسرة وآليات التوحد مع الأسر الأخرى.

وفرص نجاح التدخلات الأسرية غالبا ما تفترض وجود مستوى أدنى من احتواء الأسرة والتحفيز.وداخل الأسر عندما توجد حالات من إدمان الوالدين ،أو الإساءة الجسدية أو الانتهاك الجنسي،وغياب المساندة الأبوية كل هذا من شأنه أن يقلل من تأثير المداخل الأسرية.وفي بعض البرامج التي تخدم تقدم إلي الشباب في البيئة الحضرية ،بما فيهم الهاربون وبصفة خاصة المراهقون المفرج عنهم ،كما أن القضايا الأسرية ربما يتم تقدمها كقضية لفهم مدي التحسن بدلا من إعادة الحل بتوحيد الأسرة كهدف معقول.

الطرق المعرفية السلوكية **Cognitive-Behavioral Methods**

من خلال إلقاء النظرة على العوامل البيئية والتعلم المتنوعة المرتبطة بتطور واستمرار استخدام وسوء استخدام المراهق للمواد النفسية ،قام المعالجون السلوكيين والتخصصين الآخرين بتطوير عدد متنوع من الطرق السلوكية ،والسلوكية _ المعرفية تستهدف كلا من سلوكيات استخدام المواد النفسية وما يتعلق بها من مشكلات سلوكية وانفعالية، ويعد التدريب على المهارات الاجتماعية من أكثر الطرق السلوكية ،والسلوكية المعرفية استخداما بشكل عام ،كما أنها تشتمل علي مهارات حل المشكلات والتدريب علي التحكم في الغضب ، والعلاج المعرفي،والوقاية من الانتكاس ،والعلاج بالتنفير .ويعد استخدام هذه التدخلات بصورة فرديه أو بصورة جمعية ،وبصفة خاصة مع

الطرق الأكثر تقليدية كطريقة عمل الـ ١٢ خطوة،يؤدي إلى لب المدخل المتكامل بقدر الإمكان لمعالجة مسيئي استخدام المواد من المراهقين.كما أن النماذج العلاجية الأخرى تشتمل على العناصر السلوكية اللازمة .وغالبا ما بدمج العلاج الأسري مع وسائل إجرائية ،مثل وسائل خفض الطوارئ .وجماعة المساندة الذاتية، مثل مجموعة مدمني الكحوليات والمخدرات المجهولين AA, NA ،التي يستخدم معها العناصر المعرفية ليتعلم أعضاءها التفكير بطرق بديلة للاستجابة للأسباب التي تؤدي لاستخدام المواد .

التدريب على المهارات الاجتماعية **Social Skills Training**

لقد أشارت دراسات عديدة إلى الارتباط بين ضعف مهارات التفاعل الاجتماعي في مرحلة الطفولة وحدوث المشكلات في مرحلة المراهقة التالية (Fumbam,1986 ). والسبب الجوهري لاستخدام مداخل المهارات الاجتماعية يستند على الدليل القائل بأن الأفراد يستخدمون المواد النفسية لخفض القلق لاجتماعي وزيادة التوكيدية وإدراك الكفاءة الذاتية خلال مواقف التفاعل الاجتماعي ,Van Hasselt, Hersen, & Milliones) (1975 ومعظم البرامج التي تم إعدادها للبالغين ممن يسيئوا استخدام المواد النفسية ،تشتمل على عدد متنوع من مداخل المهارات الاجتماعية التي تم تطويرها (Chancy, 1959; Van Hasselt, Liersen, & Milliones, 1975).ولقد أصبحت مكونات المهارات الاجتماعية من العلامات البارزة لكثير من جهود الوقاية الحديثة التي يتم استخدامها مع الأطفال والمراهقين الصغار (Kumpfer,1959 ).

على لرغم من التكامل المتزايد في برمجة عدد متنـــوع مـــن طـــرق العـــلاج للمراهقين ،إلا أن تدخلات المهارات الاجتماعية قد لاقت قدر كبـــير مـــن الإهتمام والتقييم من قبل الباحثين في مناسبات عديدة .ففي برنـــامج سمـــي ''بمشروع المهارات Project Skills' قام كل من هـلوكيتز ،Hawkins, Catalano, and Wells (1986) باستخدام مزيج من التدريـــب علـــي المهارات السلوكية ،والمشاركة في الأنشـــطة الاجتماعيـــة ،وتنميـــة العمـــل الجماعي ،وذلك في علاج المراهقين داخل معسكرات علاجية.ولقد اشـــتملت جلسات المهارات على عدد من التكنيكيات السلوكية ،كالتعليمات ،ولعـــب الدور ،والنمذجة ،والتغذية الرجعية ،والمناقشة الجماعية والتقييم لمعرفة مـــدي التحســـن في المقدمـــات الاجتماعيـــة والتوكيديـــة ،ورفـــض الكحـــول والعقار،وإعطاء وتلقي المدح والانتقاد، وحل المشكلات ،وتنظيم الضغـــوط أو إدارتها ،ولقد أشارت نتائج هذا المشروع إلي تحسن الأداء في المواقـــف الـــتي تشتمل علي المهارات السابق ذكرها ولقد قام كل مـــن هاجـــيرتي ،وويلـــز ،وجينسون،وكاتـــالانو ،وهاوكيـــز Haggerty. Wells, Jenson, Catalano, and Hawkins (1989) بتطوير مدخل مشـــابه سمـــي " بمشروع ADAPT" لعلاج المنحرفين الأحداث الذين يعانون من مشـــاكل استخدام المواد النفسية بدرجة دالة .كما أن هذا المشـــروع يعـــرف بســـبع مجالات في المهارات للتدخل هي :

(١) التفكير التتابعي لتحديد مقدمات ونتائج سلوك سوء استخدام المواد .

(٢) الضبط الذاتي لمقاومة الاندفاع في الإقدام على استخدام المواد ومواجهة ضغوط الأقران تطوير مهارات رفض العقاقير.

(٣) تجنب المشكلة بتمييز وتجنب مواقف زيادة الخطر التي تؤدي لاستخدام المواد ،وما يرتبط بها من مشكلات سلوكية .

(٤) القيام بالعمل الجماعي وذلك عن طريق تحديد الأنشطة الاجتماعية والتعرف علي أصدقاء جدد لا يقومون باستخدام المواد النفسية .

(٥) مواجهة السلطة عن طريق التفاوض ومهارات الإذعان.

(٦) حل المشكلات عن طريق توليد حلول فعالة واجتماعية في المواقف الصعبة.

(٧) مواجهة الانتكاس عن طريق تطوير إستراتيجيات للتعامل مع سلوك استخدام المواد اللاحق.

وهناك قائمة بالمهارات الاجتماعية يمكن أن تكون ملائمة تماما ( جدول ٩،٢ )لمراجعة كل هذه المجالات وما يلائمها من تقنيات لتنفيذها على سبيل المثال فإن لعب الدور والنمذجة والتغذية الرجعية تكون لها وجود في كل المجالات لكن أثرها يكون طويل المدى بدرجة أكبر مع البرامج العلاجية.والحل المعقول هو توفير إطار لمهارات حل المشكلات الاجتماعية *social problem-solving skills* (SPSS), (Bukstein & Van Hasselt, 1993).

ويشتمل أسلوب حل المشكلات علي تعليم أربعة خطوات متتالية لحل المشكلة التي يمكن تطبيقها خلال المواقف الصعبة أو في مواقف الخطر العالي وهي:(١) قف وحدد المشكلة، (٢) حدد أهدافك (٣) أطرح مجموعة من

الحلول الممكنة وحدد نتائج كل حل،(٤)اختار الحل الأكثر فعالية، وقيم أثـره الحقيقي، وعزز نفسك على السلوك الملائم المتوافق ،

جدول رقم ٩،٢

المهارات الاجتماعية للمراهقين الذين يسيئون استخدام المواد النفسية

| | |
|---|---|
| مهارات رفض الكحول والعقاقير | Drug and Alcohol Refusal Skills |
| الوقاية من حدوث الانتكاس | Relapse Prevention |
| مهارات الاتصال | Communication Skills |
| الاتصال غير اللفظي | Nonverbal communication |
| التدريبات التوكيدية | Assertiveness training |
| مهارات حل الصراع والتفاهم | Negotiation/conflict resolution skills |
| مهارات حل المشكلات | Problem Solving Skills |
| التدريب على التحكم في الغضب | Anger Control Training |
| التدريب على الاسترخاء | Relaxation Training |
| قضاء وقت الفراغ | Leisure-Time Management |

والتعليمات المحددة يمكن تقديمها في عدد من المجالات الآدائيـــة الــتي تنبــئ بالوظائف الاجتماعية الملائمة ،هذه المجالات تشتمل على: مهارات المحادثـــة، ومهارات عمل الصداقات ، ومهارات التوقيت dating skills ،والتوكيدية الموجبة ( إعطاء واستقبال المدح والتقديرات )، والتوكيدية السلبية ( رفـــض الطلبات غير المعقولة، بما في ذلك رفض الكحول والعقار والمطالبـــة بشـــكل ملائم لحقوق الفرد ). كما تشتمل مهارات حـــل المشـــكلات الاجتماعيـــة SPSS أيضا على تعلـمات في الإدراك الاجتماعي أو المقدرة علـــى تميـــيز المشاعر والحالات الانفعالية للآخرين.

كما أن السيطرة على الغضب تعد مشكلة يمر بها العديد من المراهقين الذيـــن يعانون من سوء استخدام المواد والذي يوصفون بضعـــف الســـيطرة علـــى الاندفاعية ،ويتميزون انفجارات الغضب،وانفجارات السلوك العدواني.ومـــن خلال الدراسة التي قام بها كل مـــن Ecton and Feindler(1990) اتضح أن إستراتيجية السيطرة على الغضب يتم دمجها في عدد متنـــوع مـــن الطرق المعرفية الســـلوكية مثـــل تحديـــد مقدمـــات الغضـــب،وتقنيـــات الاسترخاء،وتكنيك " كسر السـجل " "broken record" والتوكيديـــة المؤكدة ،والتوكيدية المتطورة ،وإزالة الخلط عن طريق الاتفاق مع المستفز .

والخلاصة فإن المهارات الأساسية التي تم عرضها تكون مهمة مع مهارة محـددة أو مجموعة من المهارات التي يمكن مناقشتها خلال موضوعات خاصـــة بهـــا .كما أن الاستعانة بالأمثلة من الخبرات التي يمر بها المراهق تكـــون مهمـــة في

الدخول للمراهق وإقناعه أو إقناعها بالدخول العملي لهذه المهارات ،ويجب على العاملين أن يزودوا المراهقون بالواجبات المترلية " homework " أو مهام تجميع مواقف المشكلة التي يمكن مناقشتها بعد ذلك بشكل فردي أو شكل جمعي. ويجب علي العاملين ،والوالدين، والبالغون الآخرون أن يعززوا إيجابيا وبشكل ملائم أي نجاح في استخدام المهارات المتعلمة.

ويشتمل التعاقد السلوكي علي قيام العاملين والمراهقين بتحديد المشكلات النوعية ونواحي العجز بشكل متبادل.وأيضا نمو الأهداف العلاجية المتعددة أسبوعيا مع التعزيز الموجب نتيجة تحقيق الأهداف المحددة في التغييرات المتزايدة التي تم التخطيط لها .كما أن المعايير المحددة التي تتنوع بمرور الوقت وتكرار الشروط التي تشكل السلوك يكون متفق عليها بشكل واضح في العقد،ويجب أن يكون السلوك قابل للملاحظة ،ومفصل، قابل للقياس ،وغالبا ما يتم التذكير بالتعاقدات عند الوصول إلي تحقيق أو الاحتفاظ بالأهداف،وذلك للتقدم المستمر نحو الهدف الطويل المدى النهائى.والتعاقد السلوكي

يجعل المريض يقوم بالتركيز على اهداف العلاج المحددة كما يحسن من دافعيه المريض وذلك عن طريق تناول المراهق خلال تطور الأهداف والحوافز (Bukstein,& Van Hasselt,1993).كما أن خفض حالة الطوارئ يعد المراهقون أيضا للتقلص مع والديه كتمهيد لكي يعودون إلى المترل.

العلاج المعرفي **Cognitive Therapy**

العلاج المعرفي هو مسمي يطلق علي عدد متنوع من العلاجية التي تهـــدف إلي تعديل تفكير المريض أو المراهق،وبصفـــة خاصـــة الفرضيـــات،والاتجاهـــات ،والمواقف التي تقبع خلف إدراكه (Meichenbaum,1977).وبالنســـبة للمراهقين الذين يسيئون استخدام المواد النفســـية،فـــإن الســـيطرة العاليـــة للاكتئاب،وجود أفكار مشوه حول مقدرة الكحول و أو العقاقير الأخـــرى في التأثير على حياة المراهق بطريقة إيجابية هي من الأهداف التي يوجه إليها كـــل الجهود الممكنة للمداخل المعرفية .والدليل الأولي يشير إلي أن عدد لا بأس بـــه من مسيئي استخدام لمواد من المراهقين يخبرون بتشوهات معرفية وســـلبية تم التوصل إليه من خلال التصريحات الذاتية (Van Hasselt, Kempton & Bukstein,1993). وعلي الرغم من أن العلاج المعرفي يستخدم بازديـــاد في علاج البالغين الذين يعانون من مشاكل سوء استخدام المـــواد (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1993) إلا أن هناك عـــ ـ ـليـــل من الأبحاث في الوقت الراهن قد عرضت لكفاءة الطرق المعرفية لعلاجهم .ومـــن الواضح أن المداخل المعرفية قد ينصح باستخدامها للمراهقين الذين يعانون مـــن الاكتئاب .(Lewinson, Clarke, Hops, & Andrews, 1990)، والمدخل المعرفي يتميز بوجود مشارك collaborative نشط، ومنظـــم إلى حد كبير ومركز .(Beck et al., 1993).ولقد افترض كل مـــن بيـــك زملاؤه وجود مجموعة من الأفكار الإدمانية التي تودي إلي ســـلوك اســـتخدام المواد النفسية .ومن بين هذه الأفكار الخوف من تأثير الانســـحاب الـــذي لا

يطاق وإحساس الفرد بعجزه عن السيطرة على اللهفة لاستخدامه المواد فيـــم بعد .كما أن تجنب الانتكاس قد يمكن رؤيته أيضا مـــن منظـــور معـــرفي . والعلاج المعرفي يزود الفرد بوسائل عملية لتوقع الانتكاس والســيطرة عليــه ،وتحديد ومواجهة مواقف الخطر العالية التي تؤدي إليه ،ومنع تطـــور الهفـــوة لكي لا تؤدي إليه ،والاستعانة بتحليل أضرار وفوائد المواد النفســية ،وأيضـــا الاستعانة بشبكات المساندة الاجتماعية .(Beck et al., 1993).

الوقاية من الانتكاس **Relapse Prevention**

الانتكاس أو العودة إلى استخدام المواد أو النمط السابق من سوء اســتخدامها هو شأن حرج لأي برنامج علاجي مستخدم سواء في مدته الزمنية أو حـتى في عدم تحديد مدة الامتناع كهدف لنجاحه .ولسوء الحظ،فإن العودة إلى بعـــض مستويات استخدام المواد قد يكون هو القاعدة بدلا من الاســـتثناء وذلـــك بالنسبة للمراهقين عند نقطة معينة بعد العلاج ( انظر الفصل الثامن )،كمـا أن الحاجة إلي المعودة أو الانتكاس لا يكون بالضرورة متعمد، ولكنه قد يكـــون نتيجة لنفس الخطر الحقيقي الذي يؤدي إلي العودة للمستويات الســـابقة مـــن سوء استخدام المواد والاضطرابات النفسية الوظيفية .

لقد حدد التراث البحثي في مجال البالغين عدد من الخصائص البـــارزة لهفـــوة الانتكاس .فغالبا ما تتضمن حالات الانتكاس على الصــــراع في التفــاعلات الاجتماعية مع الآخرين ،والضغط الاجتماعي للاســـتخدام ، والتعـــرض إلى البيئات المرتبطة بالمواد ، أو وجود حالات من الخبرات الانفعالية السلبية الـــتي تشتمل علـــى القلـــق الاجتمـــاعي ( Marlatt & Ciordon,1980 ).

وبالنسبة للمراهقين،تقترح البحوث بأن اثنان أو أكـــثر ينتكســـون خـــلال الشهور الثلاثة الأولى بعد العلاج هي الخطر الرئيســـي للعـــودة إلى النمـــط الباثولوجي لاســـتخدام المـــواد .Hrown,Vik, & Creamer ) (1989.ولقد اقترح كل من بروون وزملاؤه Brown and associates (1989) بأن الأغلبية ( تقريبا الثلثين) من حالات الانتكاس بعد العلاج قـــد تعرضوا للضغط الاجتماعي المباشر جعلهم يشربون من جديد ؛كما أن أكـــثر من نصف حالات الانتكاس قد حدثت ضمن السياق الاجتماعي.وفي دراســة أخري مشابهة ،اتضح أن ثلث المراهقين الذين عـــادوا التعـــاطي قـــد أقـــروا بمحاولات لمواجهة الحالة الانفعاليـــة الســـلبية ( الاكتئـــاب و/ أو الغضـــب والإحباط ) أثناء حدوث الانتكاس .وعلي الرغم من أن حدوث الانتكـــاس لمرة واحد لا تتنبا بشكل أساسي بفشل العلاج ،ولكن التكـــرار.والانتكـــاس الحادة خلال الشهور الثلاثة الأولى بعد العلاج تكون نذيـــر شـــؤما لتوقـــع الانتكاس إلى الأنماط السيئة للاستخدام .

واستجابة لهذه المعلومات حول الانتكاس لدي كلا من المراهقين والبـــالغين، قام المتخصصون بتطوير تدخلات شاملة،مبنية علـــى النواحـــي المعرفيـــة — السلوكية ،للإعداد مسيئي استخدام المواد لخبرة ما بعد العـــلاج وتعريضـــهم لمواقف الخطر العالية التي تؤدي إلي حدوث الانتكاس والعودة لاســـتخدام أو سوء استخدام المواد .وهدف الوقاية من الانتكاس هو زيادة وعـــي المراهـــق لخطر هذا الانتكاس ،وأيضا مواقف الخطر العاليـــة لـــه .وتنميـــة وتطبيـــق إستراتيجيات للتعامل مع هذه المواقف وبأن الانتكاس يجب أن يحـــدث.ولأن

الوقاية من الانتكاس يجب أن تكون بصورة فردية فيجب على كل مراهق بتحديد مواقف الخطر العالية الخاصة به وانفعالاته السلبية وأيضا ردود أفعاله المحددة تجاه هذه المواقف ،وغالبا ما تكون إجراءات الوقاية من الانتكاس في شكل مجموعة من المهارات المشابه لمهارات التدخل الأخرى.وتعتبر النمذجة ،ولعب الدور ،والتغذية الرجعية ،وعدد آخر التكنيكيات السلوكية من الإجراءات المهمة جدا.وكما لوحظ سابقا، فإن الوقاية من حدوث الانتكاس تعد مشكلة أخرى لأنها قد تشتمل على مهارات لحل المشكلة بصورة أكثر شمولية وبدرجة مكثفة . كما أن تحديد مقدمات أو مواقف الخطر العالية قد تكون مفيدة ضمن المجموعة الأساسية لخطوات حل المشكلة التي يكون من السهل تذكرها كما أنها تساعد المراهق على الانتفاع بها في أي من المواقف المشكلة.

التدخلات المنفرة **Aversion Interventions**

هدف تدخلات التنفير هو خفض أو إزالة الشهوة أو الرغبة في تعاطي الكحول أو استخدام العقاقير الأخرى.وعادة ما يؤدي المزاوجة بين ظهور المثيرات الضارة التي تؤدي إلي الغثيان أو الصدمة الكهربائية بالدوافع أو الاندفاع نحو استخدام المواد النفسية عن طريق ما يسمي بالتشريط الكلاسيكي.ومثل هذه الطرق تكون فائدتها محدودة جدا بالنسبة للمراهقين نتيجة الطبيعة الضاغطة للخبرات السيئة،وأيضا لحاجة هذا الإجراء للإشراف الطبي، وزيادة معدل التسرب منه بدرجة كبيرة (Rimmele, Miller, & Dougher, 1989).وتشتمل الاحساسات الضمنية على المزاوجة المعرفية

بين المشاعر المزعجة أو الغير مريحة (علي سبيل المثال الغثيان أو التقيؤ )ومواقف التعرض للمواد التخليقية

ويطلب من المشاركون أن يتخيلوا هذه المواقف أو السيناريوهات وأن يستشعروا التخلص من المشاعر المزعجة عند التوقف عن استعراض هذه التخيلات ،ويبدوا أن التحصين الضمني Covert sensitization يكون أكثر أمنا ،وغير مكلف ،ولا يحتاج لوقت طويل ،كما أنه يعد مناسب للمساعدة الذاتية .

وهذه الإجراءات عادة ما تتطلب مستويات عالية من الدافعية ومن المفترض وجود الاستجابة الشرطية للمواد ،ومن ثم فإن إجراءات التحصين الضمني قد تكون ملائمة للتطبيق على عدد محدود من المراهقين ،كما يتم الاستعانة بمادة Disulfiram ( Antabuse) لمسيئي استخدام الكحول من المراهقين أو المدمنين ولا ينصح باستخدامه بسبب حدوث مشاكل طبية جانبية ،والمعدل العالية من عدم الإذعان له من قبل الشباب.وطرق التنفير لها فائدة محدودة في علاج عينة المراهقين،وعلى أية حال،فإن أعظم فائدة ممكنة لطريقة التنفير ربما تتمثل في ثبات استخدام النتائج السلبية من قبل أولئك الذين لديهم مستوي معين من السيطرة علي مجالات حياة المراهق ،مثل ضابط الاختبار أو الوالدين

، إجراءات ادارة طوارئ ربما تقدم إستراتيجية ناجحة إلي حد ما في علاج مسيئي استخدام المراد من المراهقين،حيث قام كل من هيجينز ومساعديه Higgins and associates (1993) بوصف تدخل يتم استخدامه مع البالغين الذين يسيئوا استخدام الكوكايين ،ومن خلال هذا المدخل يتم مكافأة الفرد إذا كانت عينة بوله سلبية بمواد بيع بالمفرد، أو إشراكه في الأنشطة المحببة لديه ،أو في سحب تذاكر اليانصيب، أو في مستندات الصرف،وبالإضافة إلي ذلك ، فإن مدخل تعزيز الجماعة يتم تشجيعه من قبل الأشخاص المهمين الآخرين وذلك عن طريق الموافقة على مزاولة الأنشطة عندما تكون نتائج اختبار البول سلبية ولقد تم ربط هذه المداخل السلوكية بالتربية كنوع من التعريف بمقدمات ونتائج استخدام الكوكايين،والعمل الإرشادي counseling والمساعدة،والنشاط الترفيهي الإرشادي .هذه المداخل المجمعة تحقق معدلات مرتفعة لإكمال البرنامج والامتناع عن التعاطي ،وذلك بالمقارنة مع المجموعات التي تم التعامل معها بجلسات فردية وجلسات جماعية وتم تزويدها بالدعم والعلاج confrontative والمادة التعليمية التي تستند على النموذج المرضي والتوجيه نحو المساعدة الذاتية .

وعلي الرغم من موافقة الكثيرين علي أن الامتناع والتحرر من نتائج سوء استخدام المواد يجب أن تحفيزه بشكل كافي لنجاح عملية العلاج،إلا أن المراهقون استنادا إلى طريقة نظرتهم لحياتهم والعالم المحيط بهم ،ربما يتطلب

مستوي معين من الواقعية ،والتشجيع المادي أو التدعيـــم الاجتمـــاعي علـــي جهودهم المبذولة أكثر من وجود العقاب.

## العلاج الدوائي Psychopharmacology

ضمن معظم البرامج العلاجية للمراهقين الذين يعانون من سوء استخدام المـواد النفسية ،أصبح العلاج الطبي هو الاختيار الوحيد الناجح خلال الفترة الأخـيرة ،وعلى الرغم من التغيير في مواقف العديد من المتخصصين في العلاج ووصـول العديد من المتخصصين البراغماتيين الانتقائيين في المعالجة ، إلا أن هناك عـــدد من الأفراد مازالوا يؤكدون بشدة علي أن العلاج الطبي يجب استخدامه فقط مع الأفراد المدمنين في حالات الطوارئ ،وذلك لأنها مسألة حياة أو مـــوت؛ وبالنسبة لهؤلاء الأفراد، فإن استخدام العلاج الطبي النفســـي لتغيـــير الحالـــة المزاجية بشكل علاجي أو أن يسيطر على القلق قد يكون متناقضا مع فلســفة برنامج الـــ١٢ خطوة لعلاج مدمني الكحوليات أو العقاقير المجهولين NA/ AA، "ولماذا يتم استخدام العقاقير في العلاج كخطوة أولى " عندما يكـــون المريض، في سن المراهقة ،. لحسن الحظ، فإن فهمنا الإجمالي للاضطرابـــات النفسية ,psychopathology بما في ذلك الحالات المصاحبة لها قد تـــطور إلى كبير مقارنة بالعقد الماضي. فمدمني الكحوليات ومسيئي استخدام المــواد يمكن أن يصابوا بالاكتئاب أو القلق وهذا قد يؤثر على استجاباتهم لأشـــكال العلاج الأخرى ويزيد من خطر الانتكاس لديهم ،ولا يوجد دليل علـــي أن الأشكال أخرى من الاضطرابات النفسية لا يمكن معالجتها حاليا عن طريـــق سوء استخدام المواد النفسية أو الاعتماد من قبل المراهقين.

وليس من الضروري معرفة أننا نستطيع معالجه الاضطرابات النفسية المصاحبة ، ولكن المهم معرفة كيفية التعامل معها بنجاح . ولقد تم تطوير الإرشادات العلاجية للاضطرابات النفسية المصاحبة للإدمان بالنسبة للبالغين فقط الآن ( الجمعية الطب النفسي الأمريكية، فريق العمل في الاضطرابات المرتبطة بالمواد النفسية ،وفي تحضيرها ). كما توجد مداخل علاجية غير مؤكدة للأطفال والمراهقين بشكل عام، وتبقي العلاجات المقدمة لمسيئي استخدام المواد النفسية من المراهقين كبضعة جزر نائية ومنعزلة ، وتعد الدراسات البحثية الجيدة التي تدعم التوصيات العلاجية المحددة، كالعلاج الدوائي النفسي Psychopharmacology ، أو الاستعانة بالطب لعلاج الاضطراب الانفعالي و السلوكي، من المكونات العلاجية للمراهقين، وبناء علي التراث المتعلق بالبالغين والخبرة المتوفرة الناتجة عن استخدام العلاج الطبي مع الشباب الذين يعانون من سوء استخدام المواد النفسية سوف يتم مراجعة بعض الأدلة الأساسية لاستخدام الأدوية النفسية

فالعلاج الدوائي قد يكون فعالا في معالجة البالغين الذين يعانون من اضطرابات متنوعة ناتجة عن سوء استخدام المواد .علي سبيل المثال لعلاج الكوكايين تستخدم منشطات الدوبامين dopamine activities ،مثل البروموسريبتين bromocriptine والأمانتادين amantadine التي تستخدم لخفض اللهفة والهياج خلال مرحلة الانسحاب من الكوكايين (Giannini, Baumgartel, & DiMarzio, 1987; Tennant & Sagerian, 1987). ، ولقد أشارت عدد من الدراسات إلي قيمة مضادات

الاكتئاب ثلاثية الحلقات tricyclic antidepressants ،وبصفة خاصة الديسيبرامين desipramine في تخفيف حدة الشهوة والهياج dysphoria المرتبطة بالانسحاب من الكوكايين (Giannini, Malone, Giannine, Price, & Loiselle, 1986; Tennant & Tarver, 1984). وعلى أية حال، فإن هذه المواد لها كفاءة محدودة لاستخدامها مع عينة البالغين الذين يعانون من سوء استخدام الكوكايين (Meyer,1992 ) ،وبالنسبة لإدمان الكحول قد يفيد الديسلفيام disulfiam مضاد لسوء الاستخدام (Antabuse) في الاستمرار بامتناع البالغين خلال رد الفعل القلق، الغير مريح عند استخدام الكحول، وهناك تضارب في الأدلة حول كفاءة كربونات الليثيوم في المساعدة على خفض الشرب (Fawcett, Clark, & Aagesen, 1987; Goodwin, 1982). وبالنسبة لإدمان الأفيون، يوجد عدد متنوع من المواد يمكن استخدامها خلال فترة الانسحاب منه (كالميثادونmethodone والكولاينيدين cloinidine) وللاستمرار في الامتناع يستخدم الميثادون ( methadone ,LAAM)، ومضادات الأفيون ،والمنشطات التي تعيق مواقع استقبال receptor الأفيون وتمنع التأثيرات النفسية المدعمة الناتجة عن استخدام الأفيونات مثل النالتوكسين naltexone, (Greenstein, Fudala, & O'Brien, 1992). وعلى الرغم من أن الدليل السابق الخاص بكفاءة مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقات tricyclic antidepressants في علاج الاكتئاب المرتبط بإدمان الكحوليات مشكوك فيه ( Liskow و Goodwin,1987)،

والبيانات الأولية الحديثة تشـــير إلى أن أنشـــطة الســـرياتونين serotonin الاختياري ربما يقلل من مشكلة تعاطي الكحول بدرجة دالة لدي الأشـــخاص الذين لا يعانون من الكـــف الاجتمـــاعي (Naranjo. Kadlec, San Lejeza, Woodley-Remus, & Sellars, 1990)، وأيضـــا لـــدي الكحوليين الذين لا يعانون مـــن الاكتئـــاب & Lawrin, Naranjo,) Sellars. 1986)، وعلي الرغم من أن هذه التغييرات الـــتي تظـــهر علـــي متعاطي الكحوليات إلا أنه لا توجد علاقة واضحة بينـــــها وبـــين أعـــراض الاكتئاب، ومن خلال تقرير مبدئي آخر عن علاج مدمني الكحول الذيـــن يعانون من الاكتئاب الانتحاري أشار كورنيليوس وزمـــــلاؤه Cornelius and associates (1993, 1994) إلي التحسن في كل من المزاج وكميـة الكحول المستهلكة خلال فترات العلاج الكـــاذب المفتوحـــة والعميـــاء ـــ المزدوجة open and double-blind placebo trials.

ولسوء الحظ، لا توجد بيانات مشابهة عند عرض كفاءة مضادات الاكتئـــاب لمسيئي استخدام المواد النفسية من المراهقين الذين يعانون من الاكتئـــاب، وفي الحقيقة فإن الدراسات الفارماكولوجية التي أجريت علي المراهقين عـــادة مـــا تحاول تجنب مصاحبات الإدمان وبصفة خاصة تلـــك الـــتي ترتبـــط بســـوء استخدام المواد، وقد يرجع ذلك إلي الخوف من تشـــوه الاكتئـــاب النقـــي والبحث عن برهان للتأثيرات الدوائية (Rudorfer1993)، كما أن ثبـــات المستويات العالية من المصاحبات لدي المراهقين يتطلب تقييم الأدوية العلاجيـــة بناء على كل من القاعدة الإكلينيكية الحرة والبحوث المضبوطة الـــتي تجـــري

على عينات مصاحبة، ولا توجد هناك حقيقة دالة علـــي أنَّ المـــواد الطبيـــة المستخدمة كعلاج للاضطرابات النفسية الحقيقية لا يتـــم اســـتخدامها مـــع المراهقين الذين يعانون من الاضطرابات النفسية المصاحبـــة ، ومـــن خـــلال المراجعة الشاملة للعلاج الدوائي للمراهقين الذين يعانون مـــن الاضطرابـــات النفسية هي خارج نطاق هذا الفصل وهذا الكتـــاب ( أنظـــر (Green, 1991; Rosenberg, Holttrum, & Gershon, 1994; Werry & Aman, 1993).

وهناك جهود موجهة نحو ثلاث مجالات من العلاج الدوائي للمراهقين الذيـــن يعانون من سوء استخدام المواد النفسية هي: (١) علاج آثـــار الانســـحاب، (٢) العلاج المحدد لسلوك سوء استخدام المواد النفسية في حـــد ذاتهـــا، (٣) علاج الاضطرابات النفسية المصاحبة لسوء استخدام هذه المـــواد ، ولقـــد تم تغطية المبادئ العامة لعلاج أعراض الانسحاب خلال الفصل السادس ،وبـــدون تكرار فإن علاج أعراض الانسحاب لدي المراهقين يجب أن تمضي كما هـــو الحال في علاج هذه الأعراض لدي البالغين، وما لم يتوصل الإكلينيكـــي إلى تاريخ أعراض الانسحاب، وكميات أو مرات استخدام المادة النفسية المحـــددة بالقدر الكافي الذي يؤدي إلي ظهور أعراض الانسحاب، لابد من الملاحظـــة الجيدة لظهور الأعراض الطارئة، والقيام بعلاج هذه الأعراض المشاهدة أو الـــتي أقر بها الفرد .

والعلاج المحدد لسلوك سوء استخدام المواد يشتمل علي وجود عقـــار بديـــل (علي سبيل المثال الميثادون Methadone)، كعلاج بديل (أو نالتريكســـون

Naltrexone)، وأدوية منفرة (كالديسولفيرام Disulfiram)، أو أدويـــة توجه نظريا أنظمة الاستقبال العصبية في المخ التي قد من الممكـــن أن تكـــون وراء التكيف العصبي Neuroadaptation لمواد نفسية محددة، والتي تـــؤدي إلي اللهفة لتعاطي هذه المواد ، وميكانيزمات تدعيم استخدام المواد الأخـــرى (علي سبيل المثال الكاربوميزابين Carbamazepine أو أدوية السيوتوجين Serotonergic مثـــل الفليكســـــوتينFluoxetine أو الســـيرتالين Sertraline)، كما أن نتائج تقييم فترات تعاطي الأدوية لمدمي الكوكـــايين من البالغين، ومن بـــين هـــذه الأدويـــة الديســـبارمين desipramine ،و الأمانتادين amantadine والبروبريون buproprion المخلوطة في أحســـن الأحوال (Meyer,1992)، وهناك دراسات حالة مـــن المراهقـــين قـــد تم علاجها بشكل فعال باســـتخدام الديســـبارمين مـــن إدمـــان الكوكـــايين (Kaminer,1992)، بينما يوجد مراهقين يعانون مـــن إدمـــان الأفيـــون، وبصفة خاصة في المناطق الحضرية ، وفي وسط المدن،عـــادة مـــا يعتـــبرون استخدام إستراتيجيات الاحتفاظ بالميثادون methadone شيء محرم قانونا.

ومع غياب العلاج الفعال الذي تم التأكد منه، يجـــب أن يؤخـــذ العـــلاج الدوائي للمراهقين الذين يعانون من سوء استخدام المواد النفسية ولا يعـــانون من اضطرابات نفسية مصاحبة بدرجة دالة بعين الاعتبار ولابد من مراجعتـــه علي اعتبار أنه العلاج الأكثر مقاومة للحالات الحرجة.

-ج-والعلاج الفارماكولوجي للمراهقين الذين يعانون من سوء استخدام المواد مـــع وجود اضطرابات نفسية ربما تكون من أكثر الحالات التي تعرضت للموقـــف

الإكلينيكي بشكل عام، وربما يكمن الخطأ بشكل كبير في اعتبـــار العـــلاج الطبي في علاج مسيئي استخدام المواد من المراهقـــين الذيـــن يعـــانون مـــن الاضطرابات النفسية المصاحبة بدرجة كبيرة كمحاولة للتأكيد الشديد علـــي تحديد الاضطرابُ المبدئي، علي سبيل المثال، إذا كان سوء استخدام المواد هـــو الاضطراب الابتدائي، فيكون الامتناع عن التعاطي هو لب العلاج، وربمـــا لا يمثل هذا الحالة، على الأقل بالنسبة لاضطرابات الاكتئـــاب، ومـــن خـــلال الدراسة الوحيدة المتاحة (Bukstein, Glancy. & Kaminer, 1992) فإن فصل الاضطراب المبدئي ـــ الثانوي لا يؤدي إلي التنبؤ بتحاهل الأعـــراض الاكتئابية نتيجة الامتناع القصير الأمد عن التعاطي، هـــذا الرغـــم مـــن أن الامتناع عن التعاطي قد يكون أحد المحاولات الأولية القصيرة الأمد لعـــلاج الأعراض الاكتئابية، كما أن استمرار الأعراض لبضعة أسابيع قد يكون بمثابـــة إنذار للإكلينيكي بأن المريض في حاجة لمضادات الاكتئاب أو أي علاج طـــبي آخر، وهناك عدد من العوامل الأخرى التي قد تحث علي العلاج الطبي الأكـــثر عدوانية تشتمل علي: (١) الأعراض السيكاترية المؤكدة والتي سبق حدوثـــها قبل استخدام أو سوء اســـتخدام المـــواد، (٢) التـــاريخ الأســـري الحـــافل بالاضطرابات النفسية بدرجة دالة، (٣) فشل العـــلاج الســـابق وحـــدوث الانتكاس، (٤) نجاح العلاج في علاج الاضطرابات النفسية في السابق.

[illegible] سي على استخدام الأدوية النفسية في علاج مسيئي اســـتخدام المواد النفسية يتمثل في الخوف من سوء استخدام هذه الأدوية أو أنها قد تحـــث علي تبني فلسفة استخدام العقار والتي قد تؤدي بدورهـــا إلي الحـــث علـــي

استخدام المواد في المستقبل أو سوء استخدامها من قبل المراهقين، وعلي الرغم من هذا، لا يوجد هناك دليل تجريبي يدعم هذا الخوف، فكثير من المراهقين إن لم يكن معظمهم، يمكن أن يتم علاجهم طبيا دون أن يسيئون استخدام المواد أو أن يصبحون معتمدون عليها، كما أن الاستمرار في العلاج الطبي لفترة طويلة من الزمن قد يؤدي إلي مشكلة أكبر بكثير من سوء الاستخدام طبقاً لخبرتنا. فالأدوية العلاجية النفسية قد يساء استخدامها أو بيعها من قبل والدين مدمنين أو سيكوباتيين، وبعض هذه العقاقير قد تؤدي إلي خطر أعظم لسوء الاستخدام من المواد الأخرى.

كما أن استخدام المنشطات ( كالميثيل فينيدات methyiphenidate ، والبيمولين pemoline والديكستروامفيتامين ,dextroamphetamine) من قبل نسبة كبيرة من المراهقين الذين تم تشخيصهم علي أنهم يعانون من اضطراب عجز الانتباه مع النشاط الزائد والذين يسيئون استخدام المواد غالباً ما يكون قراراً صعباً ومحيراً، فالمنشطات تعد من أكثر العقاقير العلاجية النفسية فاعلية للأطفال والمراهقين، وحتى الآن فإنها من المواد التي قد يساء استخدامها من قبل المراهقين وأسرهم (Goyer, Davis, & Rapoport, 1979; Fulton & Yates, 1988). كما أن اضطراب الانتباه مع فرط النشاط المصاحب بأعراض وسلوك الاندفاعية، والعجز في حل المشكلات قد يساهم في وجود أو الاستمرار في مشكلة سوء استخدام المواد. والمنشطات غالبا ما يكون لها فاعلية كبيرة في خفض عدد متنوع من سلوك الشاذ لدي المراهقين، والتي غالباً ما ترتبط بسوء استخدام المواد. وبالنسبة للصنف الآخر

من المواد التي يمكن إساءة استخدامها البيتروديازبينات benzodiazepines حيث أن الإكلينيكي غالبا ما يعتبر هذه العقاقير على أنها تقريباً من أفضل الأدوية البديلة (وعادة المضادة لحالات الاكتئاب) أو العلاج السلوكي الذي يستهدف أعراض أو اضطراب القلق الدالة

كما أن البيمولين pemoline، غير الميثيل فينيدات methylphenidate والديكسترومفيتامين dextroamphetamine فهو منشط يتم تصنيفه في الجدول الرابع الصادر عن إدارة تنفيذ العقار ( دي إي أي ) Drug Enforcement Administration (DEA). وإمكانية إساءة استخدامه تكون أقل كما أن البيمولن يمكن استخدامه كعلاج للمراهقين الذين يعانون من اضطراب الانتباه مع فرط النشاط المصاحب لسوء استخدام المواد النفسية، وبدائل المنشطات اضطراب الانتباه مع النشاط الذائد تشتمل على الديسيبرامين desipramine والبيروبريون buproprion.

وتحت الإشراف الحذر من قبل الوالدين أو البالغون المسؤولون الآخرون ( بما فيهم موظفي المدرسة )، فإن المنبهات قد يتم تعطيها من قبل المراهقين الذين يسيئون استخدام المواد دون أن يظهر عليهم مظاهر هذه الإساءة، وللوقاية من سوء استخدام المنبهات أو الخفض من خطرها ، يجب أن يقوم الإكلينيكي بتقييم المراهق وأعضاء أسرته من خلال تاريخ سوء استخدامهم للمنبهات أو المواد الأخرى أو سلوكهم المضاد للمجتمع.

النماذج الجمعية **Community Modalities**

إنه من الصعب عادة المشاركة في الأنشطة المنحرفة كاستخدام المواد بينما يكون من السهل علي الفرد المشاركة في الأنشطة الاجتماعية، وليس من المهم تحديد مثل هذه الأنشطة فقط داخل مجتمع المراهقين لتحسينه ، ولكن لا بد من أن نجعل هذه الأنشطة مستمرة لديهم أيضا وأن نزيد من الفرص التي تجعل المراهق ينجح فيها ويستفيد من هذه الأنشطة بقدر الإمكان، والأنشطة الاجتماعية ربما تكون هي آلية المراهق لتنمية مهاراته الاجتماعية وأن يلتقي بأقرانه الذين لا يسيئون استخدام المواد النفسية، حيث إن مشاركة هؤلاء الأقران غالباً ما تكون خطوة أساسية على طريق نجاح هذه البرامج أو الأنشطة.

كما أن العديد من المراهقين في حاجة إلي التدريب المهني لتطوير المهارات التي تدعمهم وتعينهم علي حياتهم المستقبلية، ومثل هذه التدريبات لابد أن تكون في صورة عملية، ومرتبطة بفرص العمل.

وبالإضافة إلى الأنشطة الاجتماعية، غالباً ما يحتاج المراهق للمساندة التي لا يتلقاها في معظم الأحيان من أسرته، ومصادر مثل هذه المساندة يمكن أن تشتمل علي المرشدين، ورجال الدين والمدرسين، وأعضاء هيئة التدريس الآخرين.

جدول رقم ٩، ٣

الأعراض المستهدفة أو الاضطرابات وعلاجها الطبي لدى المراهقين الذين يعانون من سوء استخدام المواد النفسية

| الأعراض المستهدفة أو الاضطرابات | العلاجات الطبية |
|---|---|
| الاكتئاب/ اليأس /ضعف انتظام المزاج | مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات<br>السيروتونين Serotonin re-uptake inhibitors<br>البيبروبين Bupropion |
| الاضطراب القطبي / الجنون الدوري | الليثيوم Lithium<br>الكاربومازيبين Carbamazepine<br>حامض الفالبروك Valproic acid |
| اضطراب الانتباه مع النشاط الزائد | البيمولن pemoline<br>الميثيل فينيدات Methyiphenidate<br>الديكسترو أمفيتامين Dextroamphetamine<br>مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات<br>الكولندين Clonidine |
| السلوك العدواني الشديد | السيروتونين Serotonin re-uptake inhibitors<br>الليثيوم Lithium |

كمحل ملاحظة نماذج من العروض الموجبة لدور الجماعة توفر طريق بديلة للمراهق لكي يتعرض للأنشطة الموجبة، ولنماذج دور السلوك، وتلقي المساندة (Freeman,1993 ).

النماذج البديلة **Alternative Modalities**

بعض البرامج العلاجية قد تبنت عدد كبير من الخبرات الخارجية الأخرى كجزء من تخطيط برامجها، ومعظم هذه الخبرات عبارة عن توفيق بين التدريبات المستخدمة في عدد متنوع من الخبرات الخارجية، كما أن معظم الخبرات الخارجية الأكثر شيوعاً التي يتم الاستعانة بها في برامج علاج المراهقين تدخل في نطاق ما يسمي بالتدريبات الحبلية **ro pes courses** " وهذا المصطلح عبارة عن مفهوم جنسي يستخدم لوصف عدد متنوع من الأنشطة الجسمية التي قد يتم الاستعانة بها في عدد كبير من الأنشطة التربوية والعلاجية (Fischesser,1991) ، وتشتمل هذه التدريبات علي مجموعة من نماذج حل المشكلة وهدف تنمية التعاون، والاتصال، والاستماع، والتخطيط، والخبرات الأكثر تقدما تستهدف أيضا المساندة الجمعية، لكنها تؤكد بدرجة أكبر علي مكانة التحديات الشخصية، ومخاطر، وتطور الإحساس بالإنجاز، هذه الخبرات تتراوح من الخبرة المختصرة ( بضع ساعات ) في بعض البرامج إلى الرحلات للمناطق النائية التي قد تستغرق عدد من الشهور، وكثير من هذه الخبرات قد تكون ضمن معظم البرامج العلاجية المتكاملة .

ونتيجة الفحص الدقيق والعناية الصحية، زاد تسرب عدد من هـــذه الـــبرامج خلال العقد الحالي بعد أن دارت الشكوك حولها، حيث لا يوجد هناك دليـــل قاطع علي أن مثل هذه البرامج قد حققت أهدافها، وبصفـــة خاصـــة علـــي المستوي القصير المدي، وعلي الرغم من ذلك فإن هذه الخـــبرات غالبـــاً مـــا تزودنا ببدائل مثيرة "بدرجة عالية " وربما تكون مهمة في جـــذب المراهقـــين وأسرهم، كما أن هذه البرامج قد لا تكون متاحة في البيئة العامة للمراهـــق، وهناك أيضا بعض الأسئلة مثل ما هي المظاهر المرتبطـــة بصـــدق التحســـن، الاتصال، أم تعميم حل المشكلات في البيئة المترلية للمراهق، والتي تـــؤدي في النهاية إلي تغيرات دائمة .

وعلي الرغم من عدم وجود سبب حول عدم دمج بعض هذه الخبرات المعتدلـة في نموذج علاجي مختلط من بعض البرامج العلاجية ، والقرار هو لكـــي يتـــم احتواء الحالات الفردية من المراهقين لابد من الاستناد على حاجات المراهـــق الخاصة وخصائصه، علي سبيل المثال، هناك عدد من المراهقين الذين يعـــانون من وجود عدد من الاضطرابات النفسية المصاحبة بدرجة دالة ومثل هـــؤلاء المراهقين لا يكونوا مرشحون جيدون للمشاركة في مثل هذه البرامج .

كما أن دمج الأنشطة الخلوية، مع أي الخبرات العلاجية البديلة الأخرى، لابـد أن تنصب علي تطوير الاهتمامات الاجتماعية، المهارات، والأنشطة التي قـــد تظهر عندما يعود المراهقين إلى منازلهم .

## المداخل العلاجية المجمعة

### النموذج الشامل

لى الرغم من النشأة الأصولية لعدد من التوجهات النظرية المتنوعة، كـالطرق العلاجية التقليدية، والعلاج الأسري، والطرق المعرفية السلوكية، والطبية إلا أنها غير متوافقة بشكل ملائم، وفي الحقيقة، فـإن خـبرتي في اسـتخدام المدخل الشامل يسمح لي بأن أقترح بإمكانية تكامل هذه النمـاذج، حيـث يبدو أن المداخل التقليدية تعمل بشكل أفضل لمواجهة الإنكار، كما أنها تحفـز الفرد على الدخول في العلاج، وتقدم إطاراً مرجعياً أو دليل علـى التحسـن خلال برنامج الـ١٢ خطوة، كما أن وجود شرط المساندة، ودور النمـاذج في عملية التحسن، والأقران الجدد التي تحفز الفرد علي نحو مشابه إلي أن يظـل ممتنعاً عن تعاطي المواد تعد من المظاهر المهمة للنموذج التقليـدي الأساسـي للنجاح في الاستمرار في عدم الاستخدام والوقاية مـن الانتكـاس. كمـا أن الطرق السلوكية المعرفية تعطي المراهق وأسرته المهارات الضروريـة لتحسـين الوظائف النفسية وعملية الاتصال لديهم ، وعند الحاجة للعلاج الطبي يجـب التوجه نحو الحالات الانفعالية الحادة (المزاج أو القلق )والاندفاعيـة وعجـز الانتباه وهذه الاضطرابات قد تسبق سوء استخدام المواد ، أو قد تكون هـي السبب في مقاومة تحقيق هدف الامتناع عن استخدامها، كل هذه المداخـل المتنوعة ، على ما يبدو، أو النماذج تستهدف عدد من المظاهر المهمـة الـتي تساهم في بداية، واستمرار، وتمدد بمعاودة سوء استخدام المـواد مـن قبـل

المراهقين. وبالنظر إلى عوامل الخطر المتعددة لتطور مشكلات سوء استخدام المواد لدي المراهقين، فإن تكرار وجود الاضطرابات النفسية المصاحبة، والاضطرابات العديدة في المهارات الاجتماعية والوظائف الأسرية، يصبح استخدام النماذج المتعددة مطلوباً لعلاج المراهقين الذين يسيئون استخدام المواد.

## مستقبل علاج المراهقين من سوء استخدام المواد

نتيجة للأبحاث القليلة المتوفرة التي تتعرض لتوضيح أعمال العلاج، على الأقل بشكل عام، ما الذي سوف نفعله تجاه ما لا نعرفه عن بعض التأثيرات المميزة للنماذج المتعددة، سواء كانت هذه النماذج تستخدم بمفردها أو مجمعة مع بعضها، وأيضاً ما لا نعرفه عن تأثير بعض أنواع العلاج على بعض المجموعات الفرعية من المراهقين الذين يتباينون في النواحي العنصرية أو العرقية أو في بعض الخصائص النوعية كالاكتئاب، والحمل، أو الحامل لمرض الإيدز، ويبدو بشكل واضح أننا نستمر في اتباع علاج لكل مشكلات المراهقين الظاهرة مع سوء استخدام المواد. وعلى أية حال، يجب علينا الاستمرار في التنبيه، بتوجيه أسئلة تدور حول ما سنفعله للشباب، وكيف نقوم بهذه الأعمال ، وما هي الآثار الناتجة عنها " سواء كانت هذه الآثار إيجابية أو سلبية " للمراهقين الذين نعالجهم .

# الفصل العاشر

# الوقاية

# Prevention

# الفصل العاشر

## الوقاية ***Prevention***

على الرغم من الاعتراف بأهمية علاج المراهقين من سوء استخدام المـــواد، إلا أن أكثر التدخلات فاعلية هو منع التطور المبدئي لاستخدام أو سوء اســتخدام المواد بين المراهقين، ولقد لاقت الوقاية انتباهاً كبيراً وتأسست خلال العقديــن الماضيين، وعلى أية حال سوف نبتمر في البحث عن التدخلات الوقائيــة ذات الفاعلية الحقيقية لسوء استخدام المواد من قبل المراهق، وعلى الرغـــم مـــن أن كل الجهود السابقة والحالية قد يكون لها تأثير هامشي، إذ لم يكون لها أي أثــو للنجاح في الوقاية من سوء استخدام المواد، إلا أن هذا الفصل سيكشف عـــن قضايا مهمة متعلقة بمفاهيم وتطور، تطبيق، وتقييم برامج الوقاية مــــن ســـوء استخدام المواد من قبل المراهقين، ومن خلال اختبار نجاح أو القصور في نجــاح البرامج السابقة نستطيع تحديد مكونات برامج الوقاية المستقبلية التي قد تكـــون واعدة بدرجة أكبر من النجاح.

## ماذا سنقي ؟ **What Are We Preventing?**

أحد العوامل التي تعيق تطور جهود التدخل الفعالة هو عدم الاتفـــاق علـــى الهدف التصوري للجهود المبذولة في الوقاية، وبصورة أكثر واقعية ما الــــذي نحاول الوقاية منه ( أنظر جدول ١-١٠) ؟ الوقاية من بداية استخدام أو ســـوء استخدام المواد من قبل المراهقين يبدو من الأهداف الأكثر وضوحاً، وعلى أيـة

حال، قد اقترح الآخرون مدى من مستهدفات أو أهداف الوقاية التي تشـتمل على الوقاية من بداية استخدام أي مادة من قبل الأطفال أو المراهقين، ومـــن بداية الاستخدام والتدرج إلى سوء استخدام مواد محددة، ومن البداية المبكــرة لاستخدام المواد، والوقاية من نتائج استخدام المواد، ومن منظور أوسع، فــإن من أكثر الأهداف أهمية ووضحا هو الوقاية أو إضعاف عوامل خطـــر ســوء استخدام المراهق للمواد، وعلي الرغم من أن هذا الهدف أكثر تكلفة

جدول ١٠-١ أهداف الوقاية

جدول ١٠-١ أهداف الوقاية

| |
|---|
| منع بداية استخدام المواد |
| منع بداية سوء استخدام المواد |
| منع البداية المبكرة لاستخدام المواد |
| منع نتائج استخدام المواد |
| منع أو خفض عوامل الخطر التي تؤدي إلى استخدام أو سوء استخدام المواد |
| زيادة العامل الوقائي الذي يخفض من خطر استخدام أو سوء استخدام المواد |

لأنه يتطلب تدخلات أكثر تركيزاً عبر مدي واسع ومتنـــوع مـــن الميـــادين النفسية والبيئية والاجتماعية والسلوكية، إلا أن جهود الوقاية التي توجه نحـــو عوامل الخطر تكون أكثر فاعلية كما تؤثر على تطـــور مـــدى أوســـع مـــن المشكلات النفسية الاجتماعية والسلوكيات غير الوظيفية.

### الوقاية من خـــلال المحتـــوي التـــاريخي والثقـــافي Prevention in a Historical, Cultural Content

كما أشرنا في الفصل الأول من هذا الكتاب، ربما تشتمل جهود الوقايـة الأولي عادتاً على قوانين ثقافية واجتماعية صارمة، وعلي الرغم من تعاطي الكحـــول قد كان أمراً طبيعياً ويعد جزء من حياة المستعمر على جبهة القتال خلال أيـــام المستعمرات، إلا أن السكر البين كان عادتاً لا يتم قبوله ويعد ســـلوك ســـيئ ومن ثم فهو يخضع لكل من التجريم القانوني اللوم من قبل العامة، كما كـــان للتقليد والضغط المحلي دوراً في التأثير على اســـتخدام الكحـــول مـــن قبـــل الشباب، و لم تظهر جهود الوقاية الرسمية إلا مع ظهور جهود التربية الأخلاقيـــة التي قام بها الاتحاد النسائي المســـيحي المعتـــدل women's Christian Temperance Union (WCTU) وبعض المنظمات الدينية الأخـــرى، وتتكون التربية الأخلاقية بصورة مبدئية على المناشدة للعـــودة إلي المعتقـــدات الدينية، وتبجيل الكتاب المقدس، وتهديدات الإدانة الأبدية، كمـــا أن التربيـــة الدينية في الكنائس والمدارس والمنافذ الاجتماعيـــة الأخـــرى ســـوف تبقـــي كمحاولة سائدة للوقاية حتى القرن العشرين وبحدود تبني منع استخدام المـــواد، و على الرغم من فقدان بعض الحماس الديني وتعطيل عملية التحـــريم . إلا أن

جهود الوقاية ظلت مستمرة في التركز على المناشدات لاستئناف الترهيب، وبدون وجود النتائج الجسمية أو الاجتماعية الحقيقية لاستخدام المواد، كان سيتم تصنيع هذه المواد بشكل أسهل، ولقد تم تصوير عدد من الأفلام مثل فيلم "جنون مادنيس " التي تصور مستخدم المواد في لقطات نادرة وهو يداس علي الطريق إلي الدمار والهلاك الذي لحق به.

وسوف يستمر إثارة الخوف لكي يكون النمط المبدئي للوقاية ويصبح جزء من جهود التربية الموجهة نحو العقار، التي بدأت خلال عام ١٩٦٠ (باتجيس وبيل Battjes & Bell. 1985). وفي عام ١٩٧٠ظهرت تغيرات دالة في التأكيد علي مراجعة الحقائق بدلاً من التركيز على التخويف، ومن ثم، تقييم النتائج الصحية لاستخدام أو سوء استخدام المواد، وهناك قليل من هذه الجهود، التي تم نمذجتها بشكل كبير بناء على النماذج التربوية الصحية التقليدية قد أثبتت فاعليتها بدرجة كبيرة في الوقاية من استخدام وسوء استخدام المواد واستهدفت عينات المراهقين. ولحسن الحظ، فإن البحث في مقدمات سوء استخدام المواد قد أصبح المرشد للإكلينيكيين ورجال السياسة policymakers والمربين في محاولاتهم لتطوير إستراتيجيات الوقاية الفعالة، كما أن تحديد العوامل الخاصة بالأقران والمعتقدات، والاتجاهات، والقيم تحث التركيز على هذه العوامل بحيث تصبح أهداف التدخلات الوقائية، فالمراهقون الذين يستخدمون أو يسيئون استخدام المواد أو هؤلاء الذين لديهم خطر لتطوير استخدام أو سوء استخدام المواد ينظر إليهم علي أنهم يعانون من صعوبات في بعض المهارات الاجتماعية أو التكيفية كما يوجد لديهم

اتجاهات ومعتقدات شاذة تدفعهم لمزيد من خطر سوء استخدام المواد، وبمرور الوقت زاد تركيز تدخلات الوقاية على توضيح القيم، والتربية العاطفية، والمهارات الاجتماعية ومهارات المواجهة، وخلال عام ١٩٧٠وحتي عام ١٩٨٠ ومن خلال أثر دور الأسرة، والمجتمع، والعوامل الاجتماعية على سوء استخدام المواد ظهرت زيادة واضحة من الجهود الوقائية الإضافية التي ركزت على هذه العوامل البيئية

وأخيراً خلال العقد الماضي، تم ترشيح جهود الوقاية لكي تتناول عدد من العوامل كالدور الوراثي المحتمل والعوامل البيولوجية والسمات المزاجية (على سبيل المثال الاندفاعية، والمستوى المرتفع من النشاط الحركي، والانفعال السلبي، والبحث عن الأشياء غير المألوفة ) ( تارتير ، Tarter, 1992). وبغض النظر عن التركيز المحدد للتدخلات الوقائية، فإن معظم التدخلات الحالية تقريباً عادتاً ما تستند على تحديد عوامل الخطر التي تتطور وتؤدي إلي استخدام أو سوء استخدام المواد من قبل الأطفال والمراهقين ( أنظر جدول ١٠-٣).

## التركيز على عوامل خطر سوء استخدام المراهق للمواد

عند وضع وتطوير التدخلات الوقائية الممكنة، يجب على الباحثين والإكلينيكيين بإلقاء نظرة علي البحوث التي تحدد عوامل الخطر، حيث أن تصنيف هذه العوامل، ودمجها في نظريات سوف يوضح التاريخ الطبيعي

لتطور سوء استخدام المواد، ومن الأمثلة على أنواع التدخلات الو  ية تلــــك التي تم تسجيلها في الجدول ١٠-٢، وافتراضاً سوف يتم . ـــــ تدخـــلات الوقائية لتمنع التدرج في سوء استخدام المواد عن طريق إ  ة أو خفض عوامـــل الخطر أو بتقوية أو تطوير العوامل الوقائية، ومن ثم فإن كـ  من عوامل الخطــــر والعوامل الوقائية في سياق النظرية تشكل القاعدة لنمـــاذج الوقايـــة وأخـــيراً للتدخلات الوقائية ( أنظر جدول ١٠-٣).

جدول ١٠-٢ أنواع جهود الوقاية

| |
|---|
| •التحريم قانوني Legal proscription |
| •الاستهجان من قبل الجمهور والمجتمع |
| •التربية الأخلاقية |
| •استهداف عوامل الخطر |
| •تكنيكات التخويف |
| •التربية |
| •تحسين المعارف والاتجاهات |
| •تحسين القيم وعملية اتخاذ القرار |
| •تحسين مهارات الكفاءة الاجتماعية |
| •التركيز على الأسرة – العلاج الأسري |
| –التدريب على تنظيم السلوك |
| •التدخلات المركزة على المجتمع |
| – التربية / والمعلومات |
| –وسائل الإعلام |
| –أنشطة الاستجمام أو الأنشطة البديلة |
| –خفض وصول المواد (عن طريق القوانين، والمنافذ ) |
| •التدخل السيكاتري / الصحة النفسية المبكر |

جدول ١٠-٣ مقابلة عوامل الخطر بالتدخلات الوقائية

| عوامل الخطر | نوع التدخل |
| --- | --- |
| العوامل المرتبطة بالأقران | التدخلات المبنية علي المهارات |
| العوامل الفردية | التدخلات المبنية على المهارات |
| -ضعف المهارات الاجتماعية | |
| -اضطراب العدوان والسلوك | المراجعة المبكرة لMH |
| - ضعف [illegible] الأكاديمي | المساعدة على التحصيل الأكاديمي |
| العوامل الأسرية | العلاج الأسري |
| | تدريبات على التنظيم الأسري |
| | خدمات المساندة الاجتماعية /بما فيها الهيئات |
| العوامل البيولوجية | التدخل العلاجي المبكر ل MH |
| | -العلاج السلوكي الشفهي |
| | - العلاج الطبي |
| | -العلاج الموجه نحو الأسرة |
| العوامل الاجتماعية | |
| -الوصول إلى المواد | التغيير في السياسات والقوانين |
| -قيم واتجاهات الجماعة | تحسين الظروف الاجتماعية والاقتصادية |
| -نقص الأنشطة الترفيهية والبديلة | |
| -عدم توفر فرص العمل | |

## نظرية التعلم الاجتماعي والنماذج الوقائية **Social Learning Theory and molds for Prevention**

هناك عدد كبير من عوامل الخطر البيئية أو المقدمات التي تسبق استخدام المواد قد أدت إلي الاقتراح بأن هذا السلوك قد تم تعلمه داخل السياق البيئي، فالأطفال، والمراهقين، والبالغين يتعلمون عدد من السلوكيات المتنوعة خلال عملية النمذجة من قبل الوالدين والأقران، ومن خلال عملية التعزيز يتم تحديد ما إذا كان سوف يتم قبول السلوك أو سوف يتم رفضه ، كما أن حساسية الطفل أو المراهق لعدد من التأثيرات الاجتماعية تتحدد من خلال معارفه، ومعتقداته، واتجاهاته، وأيضاً من خلال الخصائص الفردية كاحترام الذات والخصائص المزاجية.

نظرية السلوك المشكل *Problem behavior theory* ( جيسور و جيسور، Jessor & Jessor, 1977) هي نظرية نمائية بصورة مبدئية تستند على مفاهيم نظرية التعلم الاجتماعي (باندورا، Bandura, 1969) **وتري أن البيئة الاجتماعية ( المساندة الاجتماعية، ووجود النماذج السلوكية ) مع العوامل الفردية ( الاتجاهات والمعتقدات) قد تزيد أو تقلل من عوامل خطر استخدام المراهق للكحول المشكل في سياق عدد متنوع من السلوكيات المشكلة الأخرى. كما أن المراهقين يكونون مدفوعين بالانشغال** بالسلوكيات المشكلة أو المنحرفة بقدر إدراكهم بأن هذه السلوكيات سوف

تساعدهم على إنجاز أهدافهم المرغوبة كالمواجهة، والقبول في مجموعة الأقـران النوعية، أو الحصول على صورة الذات المرغوبة، كما أن التركـيز العملـي للجهود الوقائية يستند على نظرية التعلم الاجتمـاعي*social learning theory* (SLT) أو نظرية السلوك المشكل في خفض ليس فقـط إدمـان الكحول ولكن أيضاً خفض السلوكيات المشكلة الأخرى من خـلال تأخـير بداية الاستخدام، والتقليل منه، وتجنب الأنماط السيئة منه. وهذا سوف يتـم من خلال اقتناع المراهقين مبدئياً ،

بأن كل الأخطار تفوق خطر استخدام المواد، وبالتالي يجب تعلم طرق بديلـة للحصول على الرغبة المرجوة. كما أن النظرية الميدانية *Domain theory* ( هوبا وبنتلير، Huba & Bentler, 1982) تدعـم دور الإدراك الـذاتي للضغط السلوكي وفصله عن نظام مساعدة المراهق في تحديد بدايـة اسـتخدام المواد، ومن ثم فإن الجهود الوقائية التي تستند على النظرية الميدانية تركز علـى الضغوط السلوكية وتعديل نظام مساندة المراهق بما في ذلك تغيير قيم الأقـران وتطوير نماذج ذات دوراً اجتماعي بدرجة أكبر، وتقديم مزيـد مـن التعزيـز الإيجابي في حالة عدم استخدام المواد وهناك العديد من أمثلة الجهود الوقائية الـتي تستند على نماذج التعلم الاجتماعي، وفي الحقيقة تعد نظرية التعلم الاجتمـاعي (SLT) من أكثر المداخل الوقائية ملائمة. كما يستند على هذه النظرية عـدد من التدخلات التي تشمل المداخل التربوية، والتدخلات المستندة على الأسـرة وكثير من المشاريع المستندة على المجتمع .